



6

¿Estamos enfermos, qué hacemos?

Síntesis analítica del informe de
Alejandro Cerón

por Patricia Cortez

EL SISTEMA DE SALUD
EN GUATEMALA
¿hacia dónde vamos?

Este informe se presenta tal como se recibió por el CIID de parte del o de los becarios del proyecto. No ha sido sometido a revisión por pares ni a otros procesos de evaluación.

Esta obra se usa con el permiso de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

© 2008, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

360
C7

Cortez, Patricia

El Sistema de Salud en Guatemala, 6: Estamos enfermos,
¿qué hacemos? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

56 p. ; (El Sistema de Salud en Guatemala;6).

ISBN 978-99939-908-2-6.

1. Salud – Guatemala. 2. Salud pública - Guatemala.
3. Servicios de salud. 4. Política de salud. I. Título.

Las ideas y opiniones expresadas en este documento son de los autores; no representan, necesariamente, la posición oficial de las instituciones que apoyaron esta iniciativa.

Este es un esfuerzo interinstitucional apoyado por el INDH-PNUD.

El producto ha sido registrado bajo la responsabilidad editorial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 5ª. avenida 5-55 zona 14, edificio Europlaza, torre 4, nivel 10, Guatemala

Teléfono (502) 2384-3100

www.undp.org.gt

Descargas del documento en PDF:

www.desarrollohumano.org.gt



ISBN 978-99939-908-2-6

Edición y diagramación:

Amanuense Editorial - Grupo Amanuense

www.grupo-amanuense.com

Tel.: (502) 2367-5039

Diseño de portada: Héctor Morales Delgado y Melissa Elizondo

Impresión de 3,000 ejemplares Serviprensa, S.A.

Tel.: (502) 2232-0237

Guatemala agosto de 2008.

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, con autorización del responsable editorial y sin alterar contenidos ni créditos de autoría ni edición. El ente interesado en reproducciones puede agregar sus logotipos como créditos por la reimpresión con autorización del responsable editorial.

Índice



Reconocimientos	9
Presentación	15
Prólogo	19
Introducción	23
Prácticas poblacionales de salud	25
Conceptos básicos	25
El nivel socio estructural	25
El nivel socio cultural	27
El nivel psicosocial	27
El cuidado lego como práctica poblacional de salud	28
- <i>Las prácticas poblacionales de salud de la población guatemalteca</i>	29
- <i>El cuidado lego de la población guatemalteca</i>	29
- <i>Dimensión temporal</i>	31
La estructura social	31
La violencia estructural	33
Influencias económicas, políticas e ideológicas del sistema	33
El nivel socio cultural	34
- <i>Resumen causal, propuesta</i>	34
El nivel psicosocial	35
Oportunidades para el sistema de salud	36
Intervenciones e implementación de políticas	36
- <i>Las campañas de información, educación y comunicación (IEC)</i>	36
- <i>El acompañamiento y mejoramiento de las prácticas de auto- atención</i>	36
- <i>La colaboración con profesionales de sistemas médicos alternativos y subordinados</i>	37
- <i>El mercadeo social</i>	37
- <i>Abordaje con perspectiva de género</i>	37
- <i>Los abordajes para mejorar la equidad del sistema</i>	37



¿Por qué y cómo construir la pertinencia cultural en el sistema de salud?	37
Estrategias básicas en relación con la construcción de la pertinencia cultural	38
<i>-Desarrollo de competencias en relación con la cultura</i>	38
<i>-Desarrollo de competencias en relación con el idioma</i>	39
<i>-Agenda de investigación de apoyo</i>	39
<i>-El pluralismo médico como eje de investigación</i>	39
Tendencias del sistema de salud y las prácticas poblacionales de salud. (basado en Flores, 2006)	40
<i>Equidad en el acceso al sistema de salud</i>	40
<i>El derecho a la salud segundo nivel</i>	41
<i>Gasto público y gasto privado de bolsillo</i>	41
Las prácticas poblacionales en una visión a futuro	41
<i>Integrar las prácticas poblacionales. Un reto para el sistema de salud</i>	42
Una experiencia guatemalteca sobre cómo integrar las prácticas poblacionales	42
Bibliografía	45



Índice de gráficas y cuadros



Gráfica No. 1: Prácticas de salud. Factores que influyen en la toma de decisiones	26
Gráfica No. 2: Un modelo cognoscitivo de las prácticas poblacionales en salud	28
Gráfica No. 3: Cuidado lego como práctica poblacional de salud	29
Gráfica No. 4: Proceso de construcción de las relaciones interculturales en salud	38
Cuadro No. 1: Mapa conceptual de la propuesta “hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”	43
Cuadro No. 2: Operativización de la pertinencia intercultural en el modelo de atención incluyente	44



Reconocimientos



La construcción social del futuro de la Salud en Guatemala
Colección de Textos
El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?

Coordinadora general
Karin Slowing Umaña

Investigadores principales
Gustavo Estrada Galindo
Lucrecia Hernández Mack

Gestión administrativa y financiera
Delmi Garrido Hernández

Asistencia técnica
Patricia Cortez Bendfeldt

Producción editorial
Héctor Morales Delgado

Grupo Promotor (2005 – 2007)

Universidad Rafael Landívar
Carmen Arriaga de Vásquez,
Directora Departamento Post Grado, Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad del Valle de Guatemala
Edgar Hidalgo,
Investigador Asociado

Universidad de San Carlos de Guatemala
Ángel Sánchez Viesca,
Asesor Planificador de la Coordinadora General de Planificación



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Jorge Monterroso,
Director de la Unidad de Planificación Estratégica

Ada de Aldana,
Encargada de Cooperación Internacional

Juan Luis Orantes,
Consultor de Planificación Estratégica

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Vidal Herrera Herrera,
Jefe del Departamento de Planificación

Juan Roberto Morales,
Jefe del Departamento de Servicios Centrales

Edgar Herrera,
Consejero Técnico

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
América de Fernández,
Consultora Recursos Humanos de Salud

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
Informe Nacional de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio
Karin Slowing Umaña,
Coordinadora INDH

Aracely Lazo,
Asistente técnica del INDH

Aportes institucionales (2003-2008)

Universidad Rafael Landívar
Julia Guillermina Herrera Peña,
Rectora

Claudio Ramírez,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mario Aguilar Campollo,
Vice-decano, Facultad de Ciencias de la Salud

Miguel Garcés,
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud 1998-2004

Universidad de San Carlos de Guatemala
Carlos Estuardo Gálvez Barrios,
Rector

Luis Alfonso Leal Monterroso,
Rector 2002-2006



Universidad del Valle de Guatemala

Roberto Moreno Godoy,
Rector

Robert Klein,
Director CDC-CAP 1990-2006

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Eusebio del Cid Peralta,
Ministro de Salud

Alfredo Privado,
Ministro de Salud, 1 febrero 2007 al 14 enero 2008

Marco Tulio Sosa
Ministro de Salud, 14 de enero 2004 al 11 de septiembre 2006

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Joaquín Molina Leza,
Representante OPS/OMS en Guatemala

Federico Hernández,
Asesor de Servicios y Sistemas de Salud

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Beat Rohr,
Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala
Representante Residente, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Xavier Michon,
Director de País, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Chisa Mikami,
Directora de País Adjunta, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Bárbara Pesce-Monteiro,
Representante Residente Adjunta,
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Informe Nacional de Desarrollo Humano

Juan Alberto Fuentes,
Coordinador INDH 1998 - 2005

Tatiana Paz,
Asistente técnica del Programa universitario de investigación y desarrollo humano
– PIUDH - 2004-2005

Pamela Escobar,
Asesoría estadística

Pamela Rodas,
Asistente administrativa y financiera

Héctor Morales,
Oficial de comunicación



Grupo de Reflexión Inicial

Alfredo Moreno
Baudilio López
Carlos Alberto Alvarado Dumas
Carlos Gelhert Matta
Cizel Zea
Denis Pigot
Edgar Hidalgo
Enrique Duarte
Enrique Rodríguez
Federico Hernández
Hilda Leal
Isabel Enríquez
Ivan Mendoza
Joan Sabater

Jorge Astorga
Jorge Lavarreda
Juan Alberto Fuentes
Juan José Hurtado
Julio Cesar Lone Vásquez
Karin Slowing Umaña
Lidia Morales
Lorena de Ávila
Luis Octavio Ángel
Mario Roberto Gudiel Lemus
Mary Ann Anderson
Miguel Ángel Pacajó
Miguel Garcés
Nohora Alvarado

Oscar Cordón
Patricia Palma
Pedro Luis Castellanos
Ramiro Quezada
Raúl Arévalo
Ricardo Valladares
Roberto Klein
Roberto Marengo
Rubén González
Tito Rivera
Velia Oliva
Verónica Spross

Investigadores Asociados

Francisco Jiménez
Edgar Gutiérrez
Julio Penados del Barrio
Walter Flores
Edgar Hidalgo
Roberto Molina
Clara Aurora García
Percy Rojas

Juan Carlos Mazariegos
Alejandro Cerón
Gustavo Estrada Galindo
Ana Lucia Garcés
Isabel Garcés
Virginia Moscoso
Carlos Flores

Auxiliares de Investigación

Ana Lorena Ruano
Anabella Aragón
Elizabeth Avalos
Ismael Gómez

Equipo Inter-universitario de apoyo a estudio Mapeo

Universidad Rafael Landívar
Alejandro Marco Sagastume Pérez
Ángel Lara
Pamela de la Roca

Universidad de San Carlos de Guatemala
Cindy Mariela García
Cristopher Pérez Soto
Wendy Melina Rodríguez Alvarado



Participación en proceso de análisis

Alfonso Morales	Félix Alvarado	Mario Rodolfo Salazar Morales
Alfredo Moreno	Francisco Mendoza	Mario Sosa
Ana Isabel Garita	Gustavo Palma	Marta Lidia Ajú
Annette M. de Fortín	Héctor Espinoza Vega	Miguel Garcés
Ariel Rivera	Hedi Deman	Miguel Von Hoegen
Belinda Ramos	Hilda Leal de Molina	Nadine Gasman
Carlos Arriola	Iván Mendoza	Nely Herrera
Carlos Barrera	Jorge López	Roberto Molina Cruz
Carlos Daniel Zea	José Miranda	Rodolfo Lambour
Carlos Flores	José Pedro Mata	Ronaldo Luna
Carlos Vassaux	Juan Carlos Verdugo	Santiago Bastos
Claudia Suárez	Julio Díaz Caseros	Scarleth Gomar
Conchita Reyes	Julio García Colindres	Sergio Mendizábal
Coralia Herrera	Karen Ponciano	Sergio Mendoza
Cristina Chávez	Lidia Morales	Sergio Tumax
Cristina Gómez	Ligia C. Vargas Nisthal	Sonia Morales
Denis Pigot	Ligia Peláez	Tito Rivera
Edelberto Torres-Rivas	Lilian Ramírez	Tomás Rosada
Edgar Herrera	Lucía Verdugo	Velia Oliva
Edna Calderón Chávez	Lucilla María Bruni	Verónica Spross
Elena Díez	Luis Fernando Mack	Víctor Hugo Toledo
Enrique Chávez	Luis Octavio Ángel Ancheita	Víctor Manuel González
Federico Alfaro	Marco Antonio Barahona	
Felipe Girón	María José Schaeffer	

Reconocimiento especial

Al Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar y al personal por su incondicional apoyo a la coordinación del proyecto.

Al señor Ricardo Valladares por su asesoría en la ejecución de esta iniciativa.

Sistematización del Proceso

Alejandra Hernández Sánchez
Julia Herrera Cevallos
Liliana González Jiménez
Marianela Miranda
Paula León Savedra

Apoyo financiero

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

Andrés Rius
Roberto Bazzani
Bárbara Miles
Adriana Bordabehere



Presentación



A Guatemala le urge repensar su sistema de salud. Hace 18 años fue la última vez que se hizo un análisis exhaustivo y de carácter integral sobre la salud y el sector salud guatemalteco. Coordinado y realizado por un selecto grupo de especialistas nacionales, el “Estudio básico del Sector Salud” involucró a una gama de instituciones bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– y la Oficina Panamericana de la Salud –OPS. Su primera finalidad fue asegurar que el país contara con un mínimo de información acerca de los variados retos que habría de enfrentar una reforma sectorial cuyo advenimiento, en ese entonces, apenas si se avizoraba en el horizonte.

A la rica serie de informes finales de investigación sólo tuvieron acceso unas pocas personas; la OPS publicó un breve resumen del “Estudio básico”, en un tiraje limitado. En ese tiempo, todavía no era posible “colgar” en una página web un material tan abundante como el que esta iniciativa generó, medio que hubiera

permitido subsanar en alguna medida la falta de acceso más generalizado a los diversos estudios.

Desde entonces, mucha agua ha corrido bajo el puente. En el año 1996, dio inicio la “Reforma Sectorial de Salud”, cuyos procesos más visibles son la descentralización financiera y el arranque del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– con su vástago, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC–, dirigido a poblaciones con carencia crónica de cobertura institucional en salud.

A la fecha, todavía no se ha realizado una evaluación externa, independiente y pública sobre los procesos desatados y los impactos que ha tenido en la salud de la población la aplicación de las políticas vinculadas a la reforma sectorial. Sin ella resulta complicado establecer sus alcances y limitaciones, así como determinar objetivamente en qué medida dicha “Reforma” ha contribuido a consolidar una mejor institucionalidad pública, capaz de enfrentar los desafíos en salud de los próximos años con mayor grado de éxito.





De igual manera, más allá de la retórica “políticamente correcta” acerca de la importancia de la salud para el desarrollo, el debate sobre la salud y el sistema de salud ha estado, por varios años, prácticamente fuera de la agenda pública.¹ Por otra parte, es notorio el escaso involucramiento que ha tenido la sociedad civil en la definición de la política de salud, así como en el monitoreo de sus resultados. Su papel más destacado ha estado en la implementación de las acciones operativas impulsadas en el marco del PEC, que son definidas desde las unidades gestoras a cargo de este programa en el MSPAS.

Este conjunto de circunstancias e inquietudes son las que sirvieron de motivación al Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala, para impulsar una dinámica que desatara la reflexión y el debate ciudadano acerca de cuál es el sistema de salud que necesita la sociedad guatemalteca. Un sistema que debe comenzarse a construir hoy, para así poder enfrentar, en el mediano plazo, los retos de salud-enfermedad de una población expuesta a un sinnúmero de carencias, riesgos y vulnerabilidades, que afectan negativamente sus posibilidades de vivir una vida prolongada y saludable.

La iniciativa fue recibida muy positivamente y derivó en la formación de un consorcio integrado por las Universidades Rafael Landívar, del Valle de Guatemala y San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Oficina Panamericana de la Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, por intermedio

¹ Muy recientemente (2005 para acá) ha habido algunas iniciativas: destacan la “Agenda Nacional de Salud” elaborada por el MSPAS y el proyecto “Visión de país”, que ha generado una propuesta de “ley marco de salud”, la cual hasta hace pocos meses, comenzó a ser discutida por parte el gremio médico y por la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz, así como por algunas organizaciones de la sociedad civil.

del Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano. En todo el proceso se contó siempre con el apoyo financiero del International Development Research Centre –IDRC– por medio de su programa “Equidad, gobernabilidad y salud”.

La primera etapa de trabajo, realizada entre los años 2005 y 2007, consistió en la generación de información y conocimiento concebido explícitamente desde el inicio como un insumo para alcanzar tres finalidades: *“Fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales”* y a partir de estos, *“contribuir a la formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, de manera que éstas logren mejorar la gobernabilidad y la equidad en el sector.”* Igualmente, en un proceso conjunto entre sociedad civil y Estado, se espera contribuir a *“visualizar colectivamente las alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios de salud para los próximos 15 años”*.

Los resultados de esta primera etapa se materializan en una colección de 9 textos (una síntesis y ocho publicaciones especializadas), que analizan el sistema de salud guatemalteco y sus desafíos desde tres distintas perspectivas: a) investigaciones que analizan el contexto social, económico, político, demográfico y epidemiológico donde se desarrolla el sistema de salud y al que éste responde; b) investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura, funcionamiento y desempeño del sistema de salud; y c) investigaciones que indagan en las valoraciones, visiones e imaginarios sociales que subyacen en el sistema de salud de Guatemala.

El estudio que se presenta en esta ocasión corresponde al grupo de investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura y funcionamiento del sistema, con el título de *“Estamos enfermos, ¿qué hacemos?”*, Patricia

Cortez analiza las distintas estrategias que emplean las personas para resolver sus problemas de salud-enfermedad. Este trabajo, constituye una síntesis de una investigación más amplia sobre el tema, realizada por el joven investigador guatemalteco Alejandro Cerón. En este documento se muestra cuáles son las prácticas más utilizadas por la población guatemalteca para resolver sus problemas de salud. Hay tres tipos de prácticas poblacionales que han sido identificadas en el país: la auto-atención, la auto-ayuda y el auto-cuidado. A través de éstas, las personas hacen uso de elementos de la medicina occidental y de otros provenientes de otras formas de curar y van creando su propia “caja de herramientas” con la cual abordan e intentan resolver, en el día a día, sus problemas de salud.

¿Quién no ha buscado resolver en casa su malestar o el de un hijo por una fiebre, un resfriado u otro molesto síntoma de enfermedad? ¿Quién no ha sido, en algún momento, “recetado” por una familiar, con un tesito de determinada hierba para conciliar el sueño? La investigación de Cerón, reflejada certeramente en la síntesis de Patricia Cortez, hace además un intento de construir el denominado “camino del enfermo” en Guatemala. Por este término se entiende la ruta que emplean las personas para atender sus problemas de salud-enfermedad antes de establecer contacto con los servicios de salud. Este es un aspecto poco considerado a la hora del diseño y prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención. Por consiguiente, el estudio llama nuestra atención a este proceso de búsqueda autónoma (individual o colectiva) de maneras de resolver los problemas de salud-enfermedad que preceden la interacción con el sistema formal de salud, sea éste público o privado.

Una de las interrogantes en las que incursiona el estudio es en el significado e impacto de estas prácticas cotidianas en la mejora efectiva

de la salud de la población y cómo el sistema de salud, en lugar de ignorarlas, puede sacar mejor provecho de éstas para llevar hacia dentro del hogar, actitudes y prácticas que promuevan y fomenten la salud y prevengan la enfermedad.

Más aún, en una sociedad multicultural como la guatemalteca, la comprensión y respeto de estas prácticas tiene una importancia aún mayor. Su articulación con lo que ocurre en el primer nivel de atención expresaría la posibilidad de construir relaciones más horizontales entre terapeutas y enfermos, desde una perspectiva que viene de la persona hacia el sistema y no sólo de éste hacia los individuos y los colectivos por los cuales debe velar.

Por consiguiente, este trabajo constituye una ventana que nos permite incursionar de manera sistemática en ese mundo privado, donde la curación y la atención a la enfermedad no se apoyan en la tecnología ni en los espacios institucionales, sino más bien se fundamentan en la utilización de las fortalezas individuales y comunitarias para el cuidado de la salud.

Todas estas características ameritan que esta investigación tenga una amplia difusión y debate, pues contribuye a comprendernos mejor como sociedad y a imaginar alternativas que respondan mejor a la necesidad de construir un sistema de salud incluyente y sostenible, que atienda efectivamente la enfermedad, sin olvidar que, ante todo, debiera contribuir a la realización de vidas más prolongadas y saludables.

El estudio de Alejandro Cerón, puesto a nuestra disposición en la valiosa síntesis realizada por Patricia Cortez, al igual que los otros que comprenden la colección “*El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?*”, constituye un valioso instrumento para el debate y la reflexión, para la necesaria discusión social que debiera darse previo a la toma de



decisiones que, por su carácter y envergadura, puedan nuevamente comprometer la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras del país.

De sabios es equivocarse, pues de errores y éxitos es que aprendemos; pero, repetir los errores sólo por no tomarnos el tiempo de reflexionar y dialogar es un lujo que, como sociedad, ya no podemos darnos. Éticamente, es imperdonable; técnicamente es absurdo, tomando en cuenta el caudal de conocimiento y experiencia nacional y mundial existente; y financieramente, es insostenible. Ciertamente, el conocimiento jamás deberá sustituir a

la política, pero si van de la mano pueden producir mejores alternativas de desarrollo para la sociedad.

A todas las instituciones que conformaron esta iniciativa, nuestro más profundo agradecimiento por su interés y confianza en la realización de un esfuerzo que resultó más arduo y complejo que lo originalmente imaginado. Confiamos que sea la chispa que prende la llama de la creatividad y el compromiso con el cambio a favor de “más y mejor vida para todos” en el ámbito de la política de salud guatemalteca.



Beat Rohr

Coordinador Residente
Sistema de Naciones Unidas en Guatemala
Representante Residente
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo



Prólogo



Cuando Levi Strauss, en su obra “el pensamiento Salvaje”, acuñó el término “Caja de herramientas” o “*bricolage box*” para explicar la integración de nuevas prácticas y conocimientos que se realiza en las culturas, basado principalmente en su utilidad percibida, permitió cambiar la visión de culturas “puras” y evidenciar las dinámicas que se generan a través de la apropiación de elementos nuevos y diversos.

La incorporación de conocimientos diversos también se da en el campo de la salud. En cada época, lugar y cultura, las personas han ejecutado o buscado formas de resolver sus problemas de salud-enfermedad. A estas actividades se les conoce como “prácticas poblacionales en salud”. Es evidente que las personas movilizan una serie de recursos que abarcan tanto su experiencia y conocimientos, como aquellos disponibles en su núcleo social, y por supuesto, los que se ofrecen a través de los proveedores de servicios.

Qué se incorpora y qué no, depende de una amplia gama de factores y circunstancias: la situación social y económica, la cultura y las experiencias previas, las expectativas a futuro, las limitaciones reales o percibidas de los sistemas de salud y de sus terapeutas, así como las barreras que pudieran o no existir en

el entorno, terminan influyendo en el paciente, convertido ahora en usuario o cliente de los sistemas de salud.

La coexistencia en la mayoría de países de diversos sistemas de salud, basados tanto en el método científico occidental, como en diversos sistemas de creencias propias de la región o importadas como resultado de la globalización, permiten una pluralidad de opciones que amplían el proceso de decisión. Esta coexistencia de varios sistemas médicos es lo que se conoce como “pluralismo médico”.

Ante una creciente oferta de servicios, algunos más accesibles que otros, las personas y los grupos generan su propia concepción de utilidad y valor de cada uno, y conforme a ésta, las van incorporando a su propia “caja de herramientas” de la salud. Es en este proceso donde la frase “todo sirve” da sentido a la apropiación, resignificación y utilización de las más diversas y en ocasiones divergentes formas de prevención, atención y seguimiento de sus enfermedades, siempre basado en la utilidad y efectividad demostrada en la práctica, es decir, a través de su uso.

Casi siempre, en la base de esta toma de decisiones se encuentra lo que se ha denominado “cuidado lego”, que se compone de





la auto-atención, auto-cuidado y auto-ayuda; imprescindibles en los grupos sociales y familiares. La relación entre el cuidado lego y los sistemas de salud se ha caracterizado por su ambigüedad: en algunas ocasiones se le ha considerado nocivo y en otras se ha utilizado como complemento o sustituto para la prestación de servicios.

No se puede negar que es en el espacio familiar y comunitario donde el cuidado lego se ejerce sin restricciones y se ha mantenido vigente a pesar de la oposición de los sistemas oficiales. Funcionando no sólo como sustituto, sino que convirtiéndose en muchas ocasiones en la “primera línea” de acciones en salud; valorado inclusive en grupos con acceso a diversos tipos de servicios y atención en salud. En Guatemala, donde aún existen zonas a donde el profesional de salud formado en el sistema médico occidental no ha llegado nunca, las personas resuelven sus necesidades de salud a través de la consulta a profesionales de otras racionalidades, o bien, a través del cuidado lego.

Aunque representa todavía un reto bastante complejo, la caracterización de las prácticas poblacionales en salud en Guatemala realizada por el joven investigador Alejandro Cerón brinda indicios sobre la forma en que los guatemaltecos deciden incorporar ciertas prácticas en salud a su acervo personal y comunitario. Esta caracterización, aunque inicial, permite valorar e introducirse en la complejidad de la construcción de las representaciones sociales en salud.

Como era de suponer, en Guatemala el cuidado lego tiene una gran importancia en prevención, promoción y curación en los grupos sociales y existe en todas sus formas. La auto-atención es primordial, sin que ello disminuya el peso que se da al auto-cuidado, con sus formas de prevención múltiples y la configuración creciente de grupos de auto-

ayuda que permiten el afrontamiento colectivo de situaciones y enfermedades complejas.

La experiencia es básica para la apropiación y resignificación de las conductas en salud. Lo que se reconoce como “efectivo” por el grupo o los cuidadores puede ser más valorado que el consejo profesional, generando prácticas que pueden parecer contradictorias o divergentes, o asignándole valores simbólicos místicos a elementos de la farmacología o medicina. La práctica también se configura a raíz de experiencias previas - exitosas o no - y de su valoración subjetiva por parte de los usuarios.

La lectura de este estudio los llevará de la mano por “el camino del enfermo”, ese proceso de toma de decisiones en que incurrimos todos, independientemente de la posición social, étnica o de género. Verlo sistematizado en el trabajo de Alejandro Cerón (sintetizado por Patricia Cortez), permitirá comenzar a entender sus alcances y su papel en la cadena de provisión de servicios a la población. Al contrario de lo que se podría pensar, la disponibilidad y obtención de servicios, gratuitos o no, no desestima la realización de las prácticas poblacionales, e inclusive, la decisión de no hacer nada al respecto de la enfermedad, se basa en ese bagaje cultural que permite decidir si la misma es “de gravedad” o no, y si “requiere doctor” o se puede resolver en la comunidad o el hogar.

Las prácticas de salud representan un reto para la provisión de servicios, en tanto que las mismas configuran la búsqueda de atención, inciden en la forma de realizar los tratamientos o en el seguimiento de instrucciones. También inciden en la utilidad final que las personas darán a los tratamientos, luego de terminado el período de enfermedad, y si recomiendan o no el servicio a otros.

Por otro lado, la visión que tengan los proveedores de servicios acerca de las prácticas

poblacionales incide en la utilización de los mismos. Si su actitud frente a éstas es de rechazo, o bien muestra su aprecio y respeto, así alejará o acercará a los usuarios a los distintos tipos de servicios que oferta.

Algunas experiencias evidencian que sí existe la posibilidad de integrar las prácticas poblacionales en beneficio de los sistemas médicos, no únicamente usufructuando las redes sociales existentes, sino propiciando la resignificación de saberes médicos en saberes de sentido común. Además, permite una mejor

aceptación de las propuestas de tratamiento y prevención que se acomodan mejor a lo que las personas usualmente hacen o utilizan. El “todo sirve” implica entonces, el camino que una nueva forma de prevención y/o curación sigue para insertarse en el imaginario social y convertirse en un saber común, generalmente bien aceptado por la población lo que redundará en su mejor utilización y promoción.

Esperamos que este texto, nos acerque a una mejor comprensión de este reto para el sistema de salud guatemalteco.

La Coordinación



Introducción



Como parte del proyecto “La construcción social del futuro de la salud en Guatemala”, se plantea el análisis de las prácticas poblacionales de salud, con el conocimiento de que las mismas involucran a una gran parte de los individuos.

Para contar con salud, la gente moviliza recursos que pueden ser de diferente tipo y que incluyen las prácticas poblacionales que se definen como “todas las actividades que las personas realizan en la búsqueda o preservación de la salud”.

En Guatemala, aunque existe el pluralismo médico – llamada así la coexistencia de varios sistemas médicos - su presencia no siempre es reconocida ni valorada.

Es justamente en el pluralismo médico donde las prácticas poblacionales se ejercen y toman importancia, al incluir las que se llevan a cabo en el hogar y/o comunidad y aquéllas que se deciden escoger de acuerdo con la variedad ofrecida por los sistemas de salud.

El trabajo realizado por Alejandro Cerón incluye el análisis de información recolectada

por varios estudios relacionados sobre el tema y la observación participativa de las prácticas de salud en Guatemala, con lo que intenta explicar cómo las personas y los grupos sociales implementan dichas prácticas en el cuidado, atención y prevención de la enfermedad en la vida diaria.

Lo anterior se basa en la explicación de que en la toma de decisiones al respecto de las prácticas de salud, contribuyen las condiciones inherentes al sujeto y su grupo social - que pueden ser de orden psicológico, social, cultural - y que es influida también por la línea temporal que la afecta.

En el estudio se hace énfasis en el cuidado lego como forma importante de atención en salud presente en los hogares y las comunidades y cuya importancia no ha sido suficientemente estudiada o reconocida en Guatemala.

Finalmente, lo que pretende este análisis es generar una caracterización inicial de las prácticas de salud en Guatemala y proponer la implementación de estrategias y políticas que incidan positivamente en ellas.



Prácticas poblacionales

Conceptos básicos



Las prácticas poblacionales de salud son todas las acciones que los individuos y grupos sociales emprenden con el objetivo de mejorar, conservar o recuperar la salud. Pueden incluir tanto las actividades que se realizan por cuenta propia, como la búsqueda de opciones entre la oferta de servicios que ofrece el pluralismo médico.² Su abordaje adecuado es una de las recomendaciones para mejorar la función de la prestación de servicios de los sistemas de salud,³ ya que ellas inciden en la forma en que se utilizan los servicios de salud y por lo tanto deben ser tomadas en cuenta para la planificación y provisión de los mismos.

El objetivo del estudio fue examinar las prácticas de salud de la población guatemalteca, con el fin de identificar los elementos fundamentales sobre los cuales se puede incidir para mejorar el desempeño del sistema de salud y su impacto sobre las condiciones de salud de la población.

La importancia de las prácticas poblacionales se manifiesta cuando observamos que la necesi-

² El pluralismo médico es la coexistencia de varios sistemas médicos. Un sistema médico puede definirse como el conjunto organizado y diferenciado de elementos sociales y culturales con que cuenta un grupo poblacional (diferenciado por criterios étnicos, culturales, geográficos) para enfrentarse a los procesos de salud, enfermedad y muerte (Barfield, 1997).

³ OMS (2000).

dad de salud sentida en una persona moviliza recursos propios, comunitarios, poblacionales y gubernamentales. Pero la búsqueda, mantenimiento o mejora de la salud será diferente en cada individuo, existiendo para ello un proceso de toma de decisiones que está influenciado por distintas características y que es modificado por su entorno, experiencias pasadas, planes a futuro y circunstancias actuales. Esta línea temporal se complementa, además, por otros hechos sociales que pueden resumirse en tres niveles: socio estructural, socio cultural y psicosocial (ver Gráfica No.1).

El nivel socio estructural

La sociedad es algo dinámico, en donde la importancia mayor reside en las relaciones que sus elementos entablan entre sí. Según lo planteado por Bordieu ⁴, existen personas individuales o grupos sociales que son capaces de influir en la realidad con sus acciones e ideas.

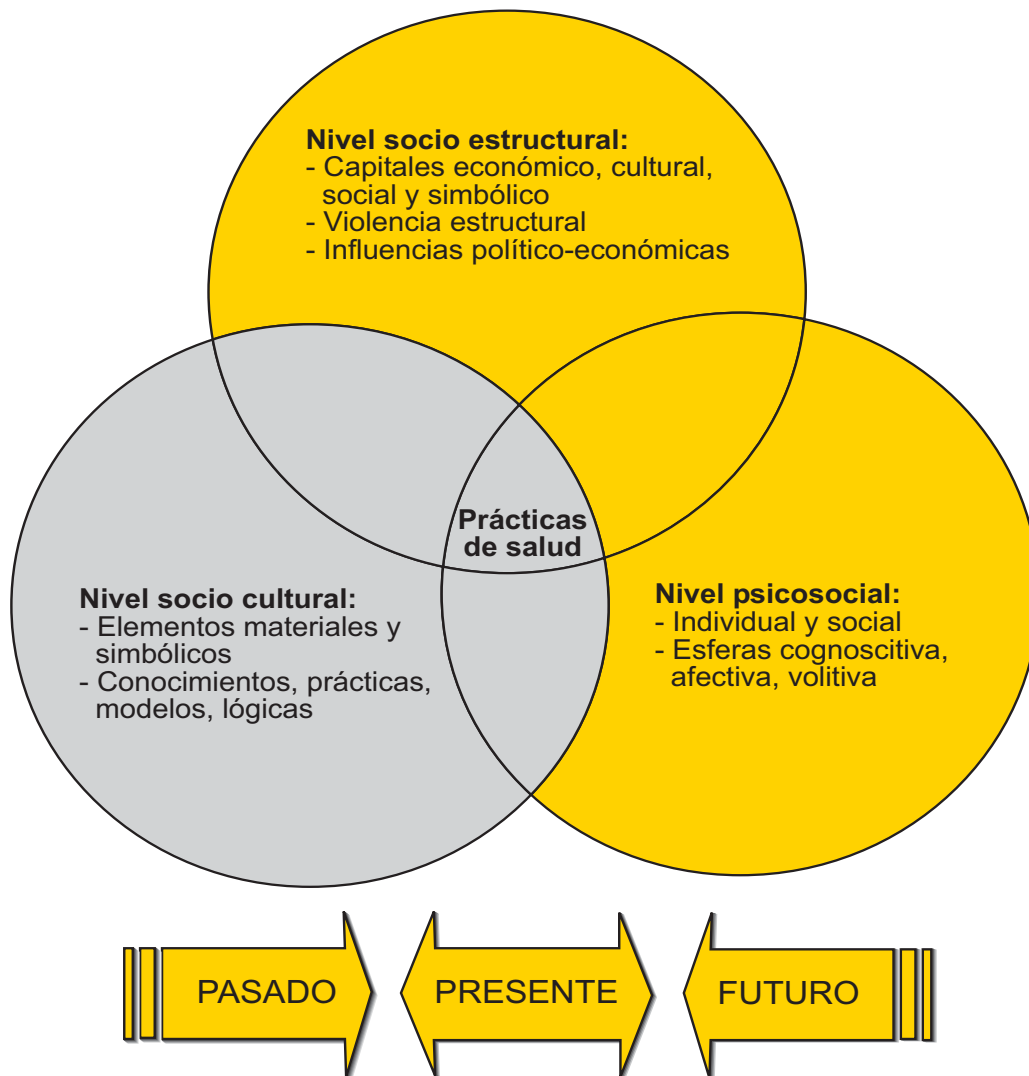
Según este planteamiento, las personas y grupos varían su posición social dependiendo de la posesión de cuatro formas distintas de capital⁵ :

⁴ Bordieu (1977, 1985a y 1985b).

⁵ Bonnewitz (2003).



Gráfica No. 1
Prácticas de salud. Factores
que influyen en la toma de decisiones



- El capital económico: que es el que más reconocemos y que viene dado por la posesión de los factores de producción (tierras, fábricas, inserción laboral) y los bienes económicos que resultan de esa posesión.
- El capital cultural: que se adquiere a través de las calificaciones intelectuales que pueden ser dadas por el sistema escolar o por la transmisión a través de la familia. Incluye las habilidades innatas o adquiridas, bienes culturales (libros, música, fotografías, etc.) o reconocimientos institucionales (títulos académicos o reconocimientos sociales).
- El capital social: que se define como las relaciones sociales de un agente y que implican el trabajo de sociabilidad y mantenimiento de ellas a través de compartir actividades comunes.
- El capital simbólico: que corresponde al crédito y autoridad que un agente recibe por el reconocimiento y la posesión de las otras formas de capital. Existen sin embargo, factores que modifican el capital simbólico como por ejemplo, las relaciones desiguales debido a discriminaciones étnicas, de género o de otro tipo.



A través del análisis de estas características podemos explicarnos cómo personas con similar capital económico pero con diferencias en capital social o cultural, ocuparán distintas posiciones en el espacio social. Dos familias con similar capital económico pueden relacionarse de manera diferente si, por ejemplo, una de ellas está además involucrada en medios artísticos, o si proceden de grupos étnicos distintos.⁶

Existen otros esquemas de pensamiento que tienden a modificar la forma en que se analiza la socio estructura. Uno de ellos - y que ha sido adaptado de la teología de la liberación - es el de la "violencia estructural". Éste hace referencia a la presencia en la sociedad actual de estructuras que institucionalizan de manera sistemática el racismo, el sexismo, el clasismo, la homofobia, el elitismo y el etnocentrismo; valores que restringen las opciones de las personas en cuanto a la mejora, mantenimiento o recuperación de su salud.⁷

Además, en la supraestructura se encuentra el sistema económico global, en su mayoría capitalista, que debe analizarse para comprender sus raíces históricas y sociales.⁸

Las perspectivas anteriores incluyen la dominación, la hegemonía y la subordinación de la sociedad, relacionadas con el poder tanto a nivel macro-social, intermedio-social, micro-social e individual.⁹

El nivel socio cultural

Entendemos como cultura al conjunto de elementos materiales y simbólicos que los seres humanos aprenden y transmiten como miembros de un grupo social. La cultura está ligada

a los procesos de socialización y a los niveles socio estructural y psicosocial. Está claro que las culturas evolucionan y se transforman en virtud de su contacto e intercambio con otras. La coexistencia de elementos culturales de origen diverso en una misma persona, anula la creencia en modelos puros y en ocasiones puede parecer contradictoria.

Dentro de los factores culturales, podemos hablar de las representaciones sociales que se refieren a las enfermedades y que se evidencian en el lenguaje. La enfermedad, aunque existe objetivamente, sólo se reconoce a través de la experiencia subjetiva de la misma.¹⁰ Esto se explica al analizar la vivencia intrínseca de la enfermedad, conocida como padecimiento - o en inglés "*illness*"- y su similitud o diferencia con lo que se conoce como enfermedad - o "*disease*"- que es la visión objetiva de la enfermedad, con características reconocibles y/o medibles por los métodos y técnicas usadas por los distintos terapeutas de los sistemas médicos.

El nivel psicosocial

En este nivel lo que resulta importante es comprender los procesos mentales que se relacionan con las prácticas poblacionales en salud. En ese sentido, la toma de decisiones en relación con la salud está influenciada por barreras reales o percibidas que las dificultan y que pueden ser:

- Accesibilidad a los servicios de salud (física, geográfica, ideológica y cultural)
- Factores estructurales (demográficos, sociales, culturales, económicos)
- Actitudes hacia la atención en salud (creencias acerca de la calidad y beneficios del tratamiento)
- Percepciones acerca de la amenaza que representa la enfermedad
- Conocimientos acerca de la enfermedad
- Características de la red social.

⁶ Bonnewitz (2003), Bordieu (1985b).

⁷ Farmer (2005).

⁸ Singer y Baer (1995), Joralemon (2006).

⁹ Baer, Singer y Susser (1997).

¹⁰ Good (1994), Jodelet (2004).



Evidentemente no se incluyen únicamente elementos psicológicos, pues en ellos también intervienen factores estructurales, culturales y sociales.

El cuidado lego como práctica poblacional de salud

Uno de los criterios más importantes de tomar en cuenta en el tema de prácticas poblacionales se refiere al cuidado lego,¹¹ término definido como “todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario o la salud que existen al margen de la medicina profesional”.

El cuidado lego se organiza en tres formas: auto-ayuda, auto-cuidado y auto-atención.¹² Éste no recibe influencias únicamente culturales, sino que sus fuentes incluyen también a profesionales de los diferentes subsistemas médicos a los que la persona o grupo ha tenido acceso.

¹¹ Haro (2000).

¹² Ídem.

¹³ Ídem.

¹⁴ Haro (2000), Levin (1981), Harrison y Saul (1981), Nash (1981), Menéndez, Freyermuth (1993).

¹⁵ Haro (2000).

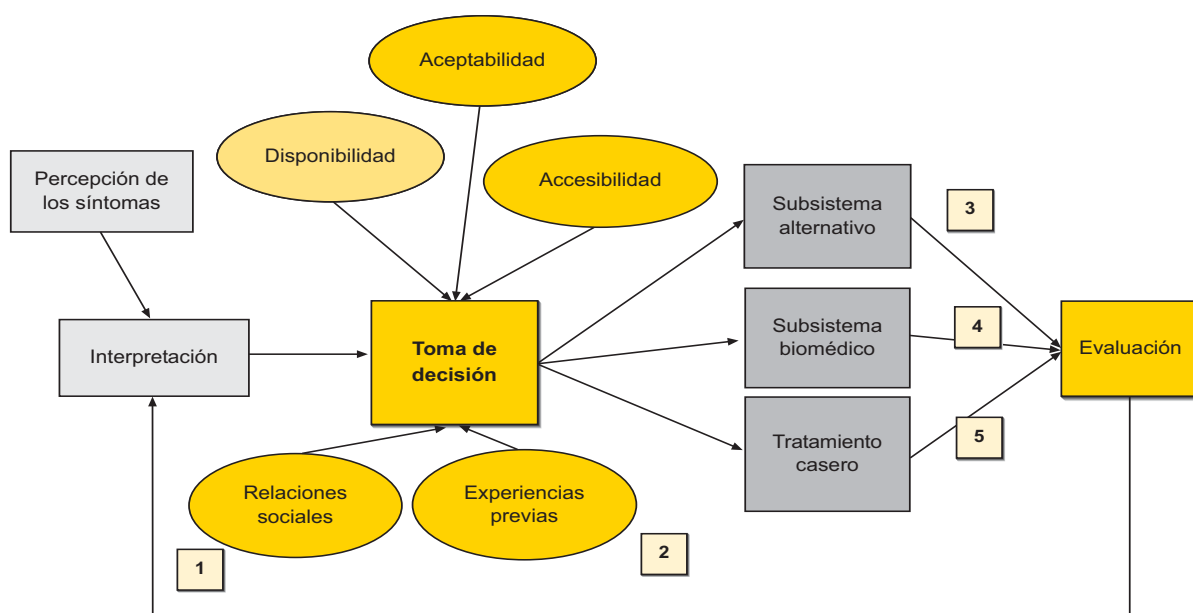
- El auto-cuidado incluye prácticas preventivas o de promoción de la salud, realizadas cotidianamente en el ámbito doméstico.
- La auto-atención es el resultado del tomar o no acciones en un episodio de enfermedad y de activar respuestas individuales o colectivas.
- La auto-ayuda, enmarcada en prácticas sociales, vincula iniciativas grupales dirigidas a la atención de problemas sanitarios comunes a un grupo. Son autogestionarias y ofrecen opciones que complementan, compiten y cuestionan la atención médica profesional.¹³

El cuidado lego ha tenido una relación ambigua con los profesionales de los subsistemas médicos, en especial con la biomedicina que lo trata desde tres actitudes básicas:

- Considerarlo irrelevante
- Considerarlo fuente de problemas o
- Considerarlo un recurso utilizable para disminuir el papel asistencial del Estado.¹⁴

Gráfica No. 2

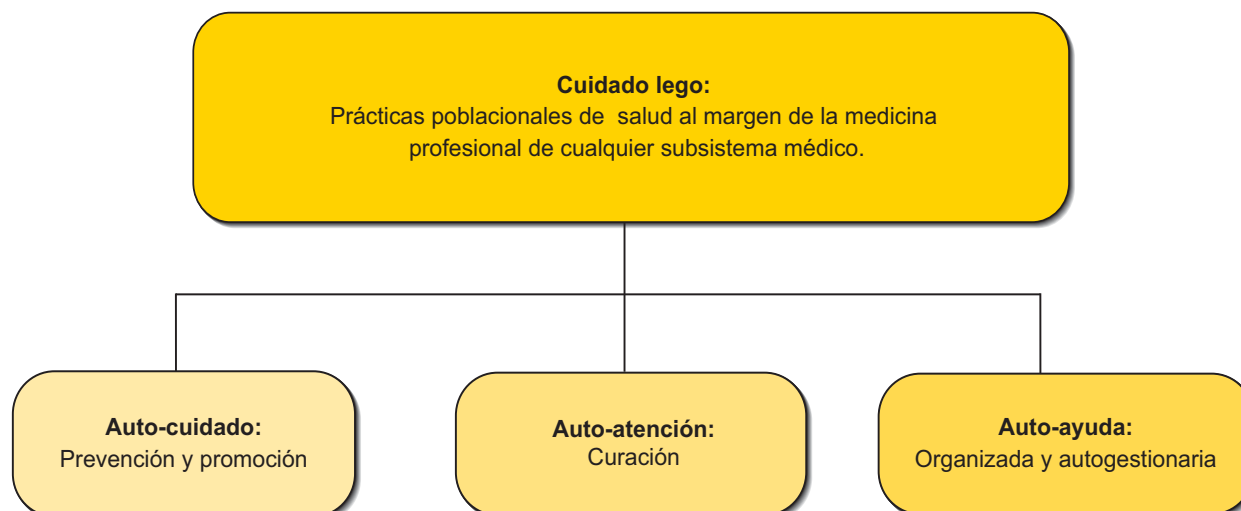
Un modelo cognoscitivo de las prácticas poblacionales en salud



Fuente: en base a Hausmann-Muela, Muela, Nuamongo (2003)



Gráfica No. 3
Cuidado lego como práctica
poblacional de salud



Fuente: elaboración propia con base en Haro (2000: 112-114) ¹⁵

Las prácticas poblacionales de salud de la población guatemalteca

Las condiciones geográficas y sociales que han restringido la relación de la población con los sistemas médicos y biomédicos influyen en las prácticas poblacionales de Guatemala.

Antes de plantear los resultados, es necesario acotar que la mayoría de las fuentes en las que se basó el estudio son informes de investigaciones hechas con propósitos diversos y diferentes. Dichas investigaciones se realizaron en poblaciones pequeñas y con carácter transversal, lo que dificulta una visión más cercana a la realidad. También es necesario tomar en cuenta la variabilidad de sus metodologías y perspectivas teóricas, que definitivamente inciden en los resultados. Además, la diversidad étnica del país no está totalmente representada y tampoco los grupos de población inmigrantes o emigrantes, discapacitados, población ladina,

clases altas y medias, grupos homosexuales o grupos religiosos.

Lo que se pudo notar durante la investigación, es que el énfasis de la mayoría de los estudios se basa en la medicina biomédica y no existen o no estuvieron disponibles aquellos basados en otras prácticas. Estas limitantes condicionaron el análisis a ser una exploración de las prácticas poblacionales de salud y no una evidencia representativa de las mismas en la población guatemalteca.

El cuidado lego en la población guatemalteca

El cuidado lego, que está en la base de las prácticas poblacionales de la población guatemalteca, se ha convertido en la forma más extendida de atención en el país.

Las prácticas relativas al auto-cuidado son básicas tanto en lo que se refiere a la higiene,





alimentación, cuidado del hogar, como en modos de prevención basados en otras formas de pensamiento (como la magia o la religión). Sin embargo, existe bastante aceptación de formas de prevención clásicas, como la vacunación.

La auto-ayuda está condicionada por lo que los grupos identifican como sus problemas. En su espectro existen algunos grupos exitosos o con extensa historia temporal - basados en el modelo de 12 pasos derivado de Alcohólicos Anónimos - que actualmente cubren una mayor gama de problemas sociales, emocionales y de salud.¹⁶ Otros grupos se conforman en torno a enfermedades catastróficas o limitantes físicas o se configuran como resultado del trabajo de organizaciones que apoyan procesos psicosociales de víctimas de la guerra, sobrevivientes de catástrofes naturales, etc.¹⁷ No hay información del papel que juegan los grupos religiosos con relación a la auto-ayuda y su configuración.

De todas las prácticas, probablemente la más estudiada ha sido la auto-atención, cuyos resultados se pueden resumir así:

- a) La resolución de entre el 50 y el 92%¹⁸ de los episodios de enfermedad se realiza dentro del hogar, sin la intervención de profesionales de ninguno de los subsistemas médicos. Esto no impide que en algunos lugares, alrededor de un tercio de los episodios pueda tener como primera opción teórica la consulta de un profesional.¹⁹
- b) La población utiliza las prácticas de manera ecléctica, siguiendo un patrón de racionalidad divergente.²⁰ Se combinan conocimientos y prácticas de diferente origen,

que incluso pueden parecer contradictorias, pero son coherentes en la perspectiva de los individuos - o sea las resignifican²¹ - lo cual puede dificultar la comunicación con otros que no comparten la misma corriente de pensamiento. Un ejemplo es la diseminación del uso del "Alka Seltzer" de forma ritual en procesos de sanación mágica y de manera cotidiana en el hogar, que no siempre está basado en las propiedades de sus principios activos.

- c) La percepción acerca de la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias es importante para la medición del riesgo que hace la persona.
- d) La búsqueda de la curación incluye el costo menor - no sólo monetario sino también de la pérdida o inversión de tiempo - y la negociación de los elementos sociales, culturales y simbólicos que pueden ser vulnerados por la utilización de recursos contrarios a creencias (por ejemplo, el consumo de un medicamento que parezca contrario a una determinada creencia religiosa).
- e) La población no considera la buena salud como el centro de la vida, sino más bien como un medio para desarrollar actividades productivas y recreativas.²² Se piensa en la salud como el resultado de llevar una vida correcta y su importancia se relega frente a las responsabilidades, por lo que cualquier actividad relacionada con ella deberá negociar el espacio con las actividades cotidianas.
- f) Aún cuando el discurso de la ciencia contemporánea indica que la religión y la medicina están separadas, los oficios de sacerdote y médico fueron claves en el desarrollo de la medicina científica. En la práctica, esta separación no se da del todo y en otros sistemas médicos la separación puede ser aún menor.²³

¹⁶ Montaña (2004).

¹⁷ Montaña (2004), Ankermann y Cols.(2005).

¹⁸ Goldman, Pebley y Granolati (2000).

¹⁹ Acevedo, Cerón, Ryan (1998).

²⁰ Shwedeer, citado en Garro (1998b).

²¹ Albizu (2006).

²² Albizu (2005).

²³ Mosquera (2002).

Dimensión temporal

En la línea temporal, las experiencias previas de enfermedad y el éxito o fracaso de la atención brindada marcarán las actitudes de una persona o grupo. En algunos hogares es posible ver la conservación de recetas o medicamentos exitosos que luego son reutilizados por el grupo en subsiguientes episodios.²⁴

Es así como puede verse la resignificación de elementos para ser incorporados a las prácticas del grupo. También es frecuente el uso de diversos modelos médicos, de forma simultánea, en el mismo episodio de enfermedad. Por ejemplo, se seguirán los tratamientos exitosos sugeridos, recomendaciones científicas, religiosas, del grupo social o cultural y raramente se dilucidará o se cuestionará la efectividad de uno sobre el otro.

Los episodios recurrentes o que se consideran crónicos serán normalmente difíciles de diferenciar, sin embargo se buscará la lógica que integre el ciclo de enfermedad²⁵.

Pueden existir diferencias significativas entre los grupos jóvenes y sus padres. Es frecuente que los grupos de más edad conserven conocimientos terapéuticos tradicionales que no han sido trasladados a los más jóvenes, por lo que estos últimos son más propensos a buscar atención fuera del auto-cuidado y de lo tradicional.²⁶

La accesibilidad a servicios nuevos genera la creación de nuevas necesidades e integra esos saberes-servicios a la comunidad. La presencia de farmacias, ventas de medicamentos o servicios de atención, cambia las prácticas locales. En ese proceso pesa el costo de las nuevas opciones, que son percibidos como limitantes.²⁷

²⁴ Anderson (2004), Cerón(2006).

²⁵ Basada tanto en la magia, la ciencia, como el sentido común.

²⁶ Yoc (2006).

²⁷ Palma (2001).

La estructura social

El capital económico aparentemente tiene importancia en la decisión de acceder a cuidados externos o practicar el auto-cuidado, pues es frecuente que los costos se encuentren entre las dificultades percibidas. Sin embargo, la percepción de riesgo o gravedad de la enfermedad, que puede estar condicionado por la edad del enfermo o el significado familiar del mismo (niños y mujeres embarazadas), tiende a incidir en la búsqueda de atención fuera del hogar aún entre los quintiles de población con menor ingreso económico.²⁸

En Guatemala, la ruralidad agrupa a los estratos con menor ingreso económico de la población y los que tienen más limitantes geográficas a los servicios biomédicos de salud.²⁹ La auto-atención está presente tanto en los niveles de bajo ingreso como en los de alto ingreso y es utilizada hasta en dos tercios de los episodios de enfermedad. La suma de ingreso bajo y acceso geográfico limitado, obviamente tenderá a aumentarla.

La utilización de medicamentos de farmacia que se evidencia en esos estudios es elevada, con diferencias de grado según el nivel de ingresos de la familia (a mayor nivel de ingresos, mayor uso).³⁰

La aceptación de un terapeuta con base en su capital cultural - entendiéndose éste como el valor social y simbólico que se le otorga a los conocimientos tanto institucionalizados como tradicionales y/o innatos - cambia en presencia de otros profesionales y se relativiza. Los conocimientos adquiridos de manera cultural o práctica ceden su espacio en presencia de los escolarizados. La existencia de un médico en una población relativizará los conocimientos

²⁸ Granolatti y Marini (2002).

²⁹ PNUD (2005).

³⁰ Granolatti y Marini (2002).





familiares sobre la posesión de saberes médicos, escolarizados o no, por parte de los cuidadores o el grupo familiar. El proceso redundará en la elección de las formas de atención sobre las que se tienen conocimientos.

Por otra parte, el capital simbólico y carisma que poseen algunos curadores no siempre está de la mano de un reconocimiento académico o social y viceversa (aunque el primero es más valorado por los usuarios, bien sea que dicho capital sea poseído por terapeutas tradicionales o académicos). Un profesional sin carisma es menos aceptado que uno que sí lo posee.³¹ Por otro lado, la posesión de conocimientos por parte del usuario tiende a relativizar la imposición de tratamientos y se convierte en un elemento de negociación de las propuestas y/o opciones.³²

Utilizar el término capital social para el análisis de recursos en salud, implica reconocer la existencia de distintos tipos de vínculos relacionales entre las personas, familias y grupos que influyen bien sea positivamente en salud o que pueden ser fuente de violencia o generar círculos de poder y control.³³

El capital social puede presentarse de tres formas diferentes: a) de vínculo (*bonding*), b) de puente (*bridging*), y c) de enlace (*linking*).

El capital social de vínculo se refiere a las relaciones entre familiares, amigos y vecinos; el de puente, a las conexiones horizontales entre personas con características similares - independientemente de lo bien que se conozcan entre ellas - dada la similitud por pertenencia étnica, profesional, etc. Por su parte, el capital social de enlace se refiere a la capacidad de movilizar recursos, ideas e información más allá de la comunidad, a través de interacciones con personas en posición de poder.³⁴

En el caso de Guatemala, las relaciones más abundantes son las de vínculo y grupos postergados, como las mujeres rurales y pobres que carecen casi completamente de relaciones de enlace.

El capital social de vínculo, si bien brinda un sentido de pertenencia al promover cooperación, reciprocidad y confianza que facilita principalmente la sobrevivencia en contextos de pobreza, difícilmente logra su superación, para lo cual los capitales de puente y enlace resultan más adecuados porque abren posibilidades de acceso a recursos de acumulación.³⁵

En relación con las prácticas de salud, las personas que han adquirido más relaciones de puente y enlace diversifican más sus opciones de atención.³⁶ Aquellas personas cuyas relaciones son reducidas tenderán al aislamiento y no buscarán atención fuera de su vivienda.³⁷ La comunicación extensa a lo externo de la comunidad que poseen las personas con más relaciones de vínculo y enlace, las motivarán a buscar otros tipos de atención disponibles en los sectores a los que tienen acceso. Sin embargo, todos los individuos buscarán solucionar el problema en el ámbito familiar cuando poseen vecinos o familiares con la capacidad de curar la enfermedad en cuestión.³⁸

En el tema del capital simbólico, en Guatemala se tiende a valorar más lo moderno frente a lo tradicional, lo no indígena a lo indígena y las instituciones privadas frente a las públicas. Esto ocurre como consecuencia de la objetivación de las relaciones económicas y políticas prevalecientes. La valoración de lo que es mejor se hace con base en lo que representan ideológicamente y no en su eficacia.³⁹

³¹ Ryan (2006), Cerón (2006).

³² Barrera (2006).

³³ Rubio (1997).

³⁴ Ibanez, Lindert y Woolcock (2002).

³⁵ Ibanez, Lindert y Woolcock (2002).

³⁶ Cerón, Ryan (1998), Goldman, Pebley y Becket (2001).

³⁷ Cerón (2006).

³⁸ Ídem.

³⁹ (Menéndez (2004).

Los aspectos ideológicos que subyacen en la valoración de las prácticas tradicionales y su efectividad ha retrasado la adopción de estrategias adecuadas, debido a la subvaloración que se hace de esos conocimientos tradicionales con base en su procedencia.

La visión etnocéntrica limita el análisis de las prácticas comunitarias de salud cuando se refieren a los grupos indígenas, atribuyéndoles características que tienen que ver con la observación de los individuos de ese grupo como *inferiores*.⁴⁰

La violencia estructural

El párrafo anterior, aunque se refería a la sobrevaloración de un capital cultural frente a otro diferente, demuestra el sistema de opresión y exclusión, que en Guatemala se refiere especialmente a la población indígena, la población rural y las mujeres.

Las manifestaciones más relevantes de la violencia estructural se dan en dos temas:

-En primer lugar, en el sistema sexo-género, en donde las mujeres en su papel de cuidadoras asumen la salud de su prole-familia-grupo como parte de su doble o triple jornada.

La falta de acceso a cuidados especializados provoca que se recurra a las mujeres de la familia que se ven obligadas a abandonarlo todo para acudir a atender al familiar enfermo o discapacitado.⁴¹ Las decisiones en torno a la salud que implican desembolsos económicos u otros costos sociales las toma el hombre de la familia, reforzando el machismo-patriarcado. Las mujeres son casi siempre las poseedoras del capital cultural internalizado-tradicional,

en tanto que el institucionalizado se concentra en los hombres.⁴²

-En segundo lugar, el racismo y la discriminación étnica se manifiesta de diferentes formas.

Se asume como normal que la población indígena tenga un nivel de salud inferior al resto de la población. Los recursos e infraestructura accesibles a la población indígena son menores y las dificultades de comunicación basadas en el lenguaje son vistas como normales, en tanto que el uso de idiomas mayas es considerado en algunos lugares como un atraso. El proveedor llega a considerar normal el atender a personas con las que no se puede comunicar efectivamente, reproduciendo el sistema de discriminación.⁴³

No se reconoce o no se quiere reconocer que la falta de acceso de la población indígena a la educación incide en la falta de terapeutas bilingües en los sistemas biomédicos y oficiales de salud.

Influencias económicas políticas e ideológicas del sistema

Básicamente hablamos de las influencias ideológicas, políticas y económicas globalizantes que inciden en la disponibilidad y utilización de recursos en salud.

Las industrias relacionadas con la tecnología, la prestación de servicios y los medicamentos, en muchas ocasiones han utilizado estrategias agresivas para influir en los tomadores de decisión del sistema de salud. Esto, aunque resulta aparentemente normal en el sistema capitalista y en la globalización, en algunos casos

⁴⁰ Características como pereza, apatía y anomia, se atribuyen a los grupos indígenas y/o a los pobres.

⁴¹ Albizú, Barrera (2006).

⁴² Aunque cada vez es mayor el número de mujeres médicas, no siempre ocupan cargos de importancia o espacios de decisión.

⁴³ La ley de idiomas Mayas, exige a los servicios contar con traductores eficaces, en muchos lugares no están disponibles.





dentro del proceso se falta a la verdad, sin respeto a la ética o la dignidad humana. En Guatemala se ha presentado, al igual que en otros países, la utilización de medicamentos experimentales o que se han identificado como dañinos, la manipulación de las prescripciones, así como otros intereses relacionados.⁴⁴

El nivel socio cultural

La diversidad cultural de Guatemala, incluyendo a 24 grupos lingüísticos reconocidos, más los grupos inmigrantes que conservan sus idiomas y costumbres,⁴⁵ se acentúa con los procesos globalizantes que incluyen la penetración de los medios de comunicación. Las redes ampliadas familiares que ahora son transnacionales y la migración interna y externa, han generado y mantenido el intercambio cultural entre las diferentes regiones del país y de éste con otros países.

El mestizaje racial y cultural es evidente en el lenguaje, el vestido y la comida; se observa una multiplicidad de rasgos y elementos culturales que se han adquirido desde distintos orígenes.

El capital cultural se modifica a través del capital social y económico, o sea a través de las relaciones a las que está expuesta la persona y su grupo social. La transformación de los conocimientos y prácticas es inevitable, en tanto que se tiene contacto con muchas expresiones culturales, por diversas fuentes, dentro de las que se enmarcan los medios de comunicación.

No siempre es percibido el mestizaje cultural y a veces las personas no identifican sus diversas influencias en el vestido, lenguaje, celebraciones, etc. Lo que sí es evidente es que no existen culturas puras, ya que todas han tenido contacto con factores externos que las modifican.

⁴⁴ Mather (2005), Palmlund (2006).

⁴⁵ PNUD (2005).

Los conocimientos de salud de las poblaciones guatemaltecas han sido estudiados desde ángulos antropológicos y etnográficos, por lo que la información disponible al respecto es abundante y muy descriptiva, sin embargo muchas veces, como ya se dijo, estas investigaciones han estado influenciadas por sus metodologías, sus intereses e ideologías.

Resumen causal. Propuesta

La interpretación de las causas de la enfermedad difiere mucho entre las diversas regiones de Guatemala. La mayoría de las veces se tienen, como ya se dijo, visiones eclécticas que incorporan tendencias y teorías de las diversas concepciones que una misma persona puede manejar.

Lo biomédico se intercala con lo mágico-religioso-animista, y en algunos casos se intenta la traducción cultural de las enfermedades y sus consecuencias. Los estudios realizados, al seguir una lógica similar, intentan explicar la enfermedad traduciéndola a la terminología biologicista para poder comprenderla. Hay que dejar claro que el pensamiento que subyace en estas enfermedades no siempre se equipara con la racionalidad médica y por lo tanto no es posible hacer la traducción.

El siguiente listado-resumen, intenta mostrar las explicaciones más frecuentes que da la población guatemalteca a la causa de las enfermedades:

- Enfermedades por exceso
- Enfermedades por falta o escasez
- Enfermedades por factores externos
- Enfermedades por factores internos
- Enfermedades por desequilibrio
- Enfermedades por causas espirituales o referidas a las creencias y a la religión
- Enfermedades como resultado del mal comportamiento.

Esta lista no se aplica a un grupo en particular; las expresiones que le dieron origen son muy disímiles, extraídas de diversos orígenes culturales, sociales y de diferentes niveles económicos. Es importante anotar que el enfermo puede dar más de una de estas explicaciones, pudiendo evidenciar los múltiples aportes culturales que se tienen en el país y que definitivamente inciden en la adopción de prácticas poblacionales.⁴⁶

Por otro lado, así como existe diversidad de interpretaciones causales, también hay múltiples acciones que se toman por parte de la población para la recuperación de la salud, como se lista a continuación:

1. Comer o tomar plantas medicinales
2. Tomar jarabes, pastillas o inyecciones (productos farmacéuticos)
3. Usar minerales, bálsamos o pomadas
4. Consumir guaro, puros (alcohol, tabaco)
5. Masajes
6. Sobadas
7. Baños medicinales
8. Temascal
9. Frotos con plantas
10. Dejar de comer algunos alimentos
11. Procurar comer algunos alimentos
12. Hacer algún ejercicio
13. Evitar alguna actividad o posición
14. Ceremonias, rituales
15. Rezos
16. Penitencias.

Sin entrar a cuestionar la validez de los tratamientos, es claro que dado su pluralismo, requerirán de terapeutas también plurales. Los límites están en la accesibilidad real o percibida de cada uno de estos terapeutas y de su valoración por parte de la familia o grupo social, así como los costos monetarios, sociales y culturales que implica su consulta.

⁴⁶ Scrimshaw (2001), Verdugo (2002), Jenicek (1996), Werner (1995), Pérez: (2006), Fort (2006), Cerón (2006).

El siguiente sería un listado de terapeutas que pueden ser consultados por las personas en Guatemala:

1. Comadrona
2. Curandera
3. Sacerdote maya / guía espiritual maya
4. Huesero
5. Llamador de espíritu
6. Soplador
7. Chayero
8. Rezador
9. Farmacia
10. Tienda
11. Venta de plantas medicinales
12. Vendedor ambulante de medicinas
13. Promotor de plantas medicinales
14. Técnico dental
15. Promotor de salud
16. Auxiliar de enfermería
17. Agente de salud comunitaria
18. Técnico de salud rural
19. Enfermera
20. Médico
21. Centro de salud
22. Hospital
23. Jornadas periódicas organizadas por médicos extranjeros o nacionales
24. Centro espiritual
25. Profeta
26. Pastor evangélico
27. Catequista
28. Sacerdote

Nivel psicosocial

Aún cuando no se encontraron estudios que analicen las prácticas de atención desde la perspectiva psicosocial, se pueden tomar algunos elementos de la literatura disponible para intentar explicarlo.

Usualmente los procesos psicológicos que incluyen la toma de decisiones se dan de manera similar en todas las personas. Éstas consisten en la adopción de una alternativa en detrimento





to de otra, luego de un análisis influido por los elementos antes citados.

En el caso de Guatemala, algunas prácticas, al ser evaluadas desde fuera sin considerar la racionalidad divergente ya citada, pueden dejar la impresión de ser incoherentes o irracionales. Aunado a la inequidad social y discriminación, esto conlleva a la descalificación de los argumentos y razones que sustentan prácticas de salud como las listadas arriba.

Muchas veces las personas resignifican estas prácticas para que adquieran coherencia con su sistema de valores. Acciones comunes como rezar por la efectividad de una pastilla, da un significado nuevo a la misma. De igual manera, la utilización de la herbolaria con una justificación de eficacia médica, redefine un producto tradicional y lo convierte en científico. Esto también transforma el conocimiento científico en conocimiento de sentido común.

Otro tema a tomar en cuenta en el orden psicosocial es la afectividad que incide en la manera en que los usuarios viven las condiciones en un servicio de salud y perciben situaciones como discriminación, exclusión, etc.

Oportunidades para el sistema de salud

Existen tres realidades acerca de las prácticas poblacionales de salud:

1. Entre el 50 y el 90% de la atención a la salud ocurre a nivel del cuidado lego. Los conocimientos y prácticas de la población cubren un amplio margen de posibilidades de atención.
2. Las prácticas poblacionales de salud se dan dentro de un sistema caracterizado por el pluralismo médico. Aquí se incluyen tanto las prácticas del cuidado lego -influenciadas por este pluralismo- y la búsqueda de atención por parte de profesionales de los diferentes subsistemas.

3. Los conocimientos, prácticas y actitudes de la población, tanto acerca del cuidado lego como de la búsqueda de profesionales, están influidas por su historia, las estructuras económicas, sociales, culturales, políticas, las formas simbólicas y creencias, estructuras de hegemonía y subordinación en la sociedad y las estructuras individuales psicológicas.

Intervenciones e implementación de políticas

Entre los objetivos de este estudio está proponer algunas estrategias efectivas y sus implicaciones en el tema de prácticas poblacionales de salud en Guatemala.⁴⁷ Como resultado del análisis, se propone:

Campañas de información, educación y comunicación (IEC)

Deben contar con información aceptable tanto para la población como para los trabajadores de salud involucrados. El análisis de las prácticas poblacionales permite identificar mensajes clave más pertinentes como objeto de las campañas.

Acompañamiento y mejoramiento de las prácticas de auto-atención

La toma de conciencia de que las prácticas de auto-atención se dan en más de la mitad de los episodios de enfermedad, debería generar medidas que faciliten el acceso a tratamientos efectivos para enfermedades importantes. La experiencia de las SRO⁴⁸ ha sido efectiva para disminuir la mortalidad asociada a diarrea. La preocupación por el uso racional de antibióticos para evitar la creación de resistencia a las drogas, puede abordarse a través de capacitación e incentivos a los dependientes de farmacias y tiendas.

⁴⁷ En base a Hausmann-Muela y Cols. (2003), Scrimshaw (2001), Fonseca-Becker y Schenk-Yglesias (2004).

⁴⁸ Sales de rehidratación oral.

Colaboración con profesionales de sistemas médicos alternativos y subordinados

Usualmente la relación ha sido de subordinación, usufructuando la labor de una comadrona o terapeuta tradicional para alcanzar objetivos de salud. Existen estrategias de relacionamiento más horizontal en Guatemala que han sido constructivas para ambas partes y se han traducido en mejores servicios para la población. Esto requiere esfuerzos para que los trabajadores de salud no reproduzcan las relaciones de discriminación prevalecientes en la sociedad.

El mercadeo social

El mercadeo social se ha utilizado para la venta de herramientas de protección a la salud como mosquiteros, filtros de agua, condones o tratamientos de planificación familiar, por lo que se ha criticado por centrarse en la venta a poblaciones en condiciones de pobreza. Sin embargo, su práctica permite establecer estrategias de mercado para el logro de objetivos de salud pública y la identificación de oportunidades.

Abordaje con perspectiva de género

En este tema se pueden desarrollar al menos tres tipos de estrategias educativas que permitan:

- Disminuir la carga de cuidados de salud de las mujeres, a través de la promoción de nuevos papeles para los hombres en ese ámbito
- Reconocer las vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres en enfermedades específicas
- Eliminar barreras de accesibilidad de hombres y mujeres a los servicios de salud.

Abordajes para mejorar la equidad del sistema

El saber que las barreras pueden ser reales o

percibidas, permite el estudio de las mismas y su eliminación. Además, hay que reconocer que los costos que implican las diferentes opciones de atención a la salud se convierten en barreras reales; y no sólo hablamos de los costos económicos, sino todas las transacciones que la persona realiza para adecuar cultural, social o psicológicamente un servicio y hacerlo más congruente con sus expectativas y vivencias. El reconocimiento de la existencia de grupos de discapacitados, homosexuales, adultos mayores, etc., que pueden percibir barreras que los alejan de los servicios, podría permitir un acceso más equitativo a los mismos.

¿Por qué y cómo construir la pertinencia cultural en el sistema de salud?

Al analizar las barreras reales y percibidas que dificultan la búsqueda de opciones de atención en el sistema médico oficial en un país identificado como multicultural, se observa que los servicios de salud frecuentemente adolecen de esfuerzos que promuevan su pertinencia cultural con las poblaciones en las que actúa.

La pertinencia cultural en salud es el proceso de adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local, con perspectiva a desarrollar un proceso de complementación y articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas que existen tanto en el ámbito institucional como en el comunitario.⁴⁹

La pertinencia cultural en un contexto de población multicultural, refleja la voluntad y capacidad del sistema para responder de manera efectiva a las necesidades de la población; se concreta en comportamientos, actitudes y políticas congruentes entre sí que al implementarse, promueven el trabajo efectivo en situaciones de interculturalidad. La pertinencia cultural también implica el desarrollo de competencias y capacidades en los individuos

⁴⁹ Verdugo y Cols. (2002).



e instituciones acerca de los conocimientos, prácticas y necesidades de acuerdo al contexto en el que ocurren y a la población a la que pertenecen.⁵⁰

La construcción de servicios con pertinencia cultural requiere de los siguientes elementos:

1. Conocimiento de la diversidad que hay en las comunidades que se atienden: incluye el reconocimiento de las prácticas culturales que existen en todos los grupos - indígenas y no indígenas - valoración de los conocimientos comunitarios, diferencias culturales y diferenciación de la cultura dominante.
2. Filosofía organizacional: debe existir el compromiso institucional – reflejado en la visión, misión, planes y estrategias institucionales - para ofrecer servicios cultural y lingüísticamente pertinentes.
3. Involucramiento institucional con la población: muestra del compromiso de la institución con la población, observable a través de las actividades cotidianas y de su participación en eventos sociales.
4. Recursos humanos: debe contarse con personal formado cultural y lingüísticamente.

Además, se requiere la habilidad y capacidad de los oferentes de servicios para conseguirlo y conservarlo.

5. Actividades clínicas y epidemiológicas: deben reflejar y abordar los problemas propios de la población a la que sirven, con base en sus realidades sociales y culturales.

- Estrategias básicas en relación con la construcción de la pertinencia cultural

-Desarrollo de competencias en relación con la cultura⁵¹

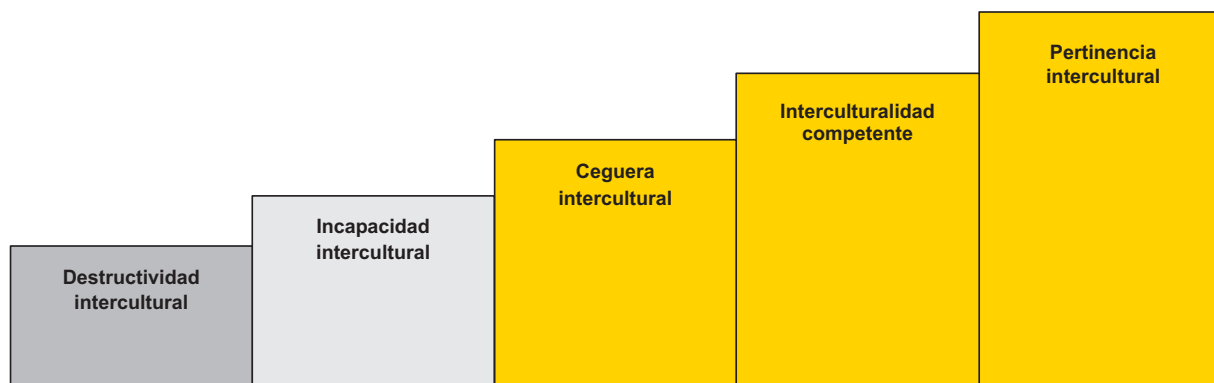
Se tendría que partir de las estrategias institucionales y la inclusión de la pertinencia cultural en los valores y principios institucionales de los prestadores de servicios y operadores de salud. Así ellos, amparados en políticas y procedimientos que contemplen aspectos culturales en las actividades administrativas y de provisión de servicios, incluirán a la población en la planificación y evaluación, en el monitoreo de políticas y en los procedimientos para asegurar su relevancia.

⁵⁰ Anderson y Cols. (2003).

⁵¹ Con base en Cohen y Codee (1999).

⁵² Goode y Harrison (2003).

Gráfica No. 4
Proceso de construcción de las relaciones interculturales en salud



Fuente: traducido y ligeramente modificado de Goode y Harrison (2003).



La política de contratación de personal y formación de recursos debe incluir la inducción, capacitación y formación continua del personal con conocimientos y habilidades en el área de pertinencia cultural. Además se deben implementar las estrategias para la conservación de dicho personal.

-Desarrollo de competencias en relación con el idioma

El idioma es fundamental en las comunicaciones entre personas. Su falta es percibida como barrera, fuente de insatisfacción y baja calidad de atención. La diferencia idiomática genera dificultades para interpretar adecuadamente lo que el usuario refiere y dificulta el cumplimiento de recomendaciones que no se comprenden.

No es posible ver como normal o aceptable la falta de comunicación entre usuario y proveedor, ya que la calidad de la atención no puede asegurarse.

En relación a la pertinencia lingüística, deberá enfatizarse la necesidad de ésta y proveer el marco institucional para su institucionalización.⁵³

Con relación al personal, impera valorar las competencias lingüísticas que se posean o al menos facilitar recursos para el aprendizaje, apoyados en una la política institucional que lo demande. Si esto no fuera posible, se sugiere que existan servicios de traducción adecuados y políticas que estimulen la educación del personal respecto a las limitantes de las personas con idioma materno diferente y que disminuyan la discriminación por cuestiones de idioma.

*-Agenda de investigación de apoyo*⁵⁴

Siendo la pertinencia cultural una actividad reciente y hasta el momento poco valorada por la

biomedicina, debería existir una agenda de investigación que permita apuntalar el proceso. La investigación, además de ser de calidad, tendría que incorporar alianzas entre instituciones, asegurar la construcción comunitaria de la temática de investigación y la priorización de temas con base en la consulta a la comunidad, de manera de determinar mejor las necesidades específicas de la población.

Por otro lado, se considera adecuado mantener bases de datos desagregadas por grupos culturales, gestionar proyectos colaborativos en torno a inequidades en salud y formar recurso humano en investigación, con metodologías coherentes con la pertinencia cultural.

Las características mínimas de un servicio individual de atención a las personas con pertinencia cultural podrían ser las siguientes:⁵⁵

- Personal que refleje la misma diversidad cultural de las comunidades a las que sirve
- Proveedores que hablen el idioma de la población o al menos intérpretes competentes
- Programas de formación para que los proveedores conozcan y se familiaricen con el idioma y la cultura de la población a la que sirven y sean consientes de su cultura
- Manuales de información, educación y comunicación en el idioma de la población, elaborados de acuerdo a su cultura
- Instalaciones adecuadas culturalmente a la población a la que sirven
- Personal consciente de la diferencia cultural, motivado para interactuar en espacios multiculturales.

-El pluralismo médico como eje de investigación

En Guatemala no desaparece la necesidad de investigación acerca del pluralismo médico que permita comprender sus implicaciones para las políticas de salud y su relación con

⁵³ Purnell (1998), Harvey (2003).

⁵⁴ Con base en Golee y Aristón (2003).

⁵⁵ Anderson y cols. (2003)





las prácticas poblacionales de salud, independientemente de lo que generado hasta el momento.

En este sentido, una de las preguntas iniciales a resolver es acerca de la cantidad de personas que usan recursos ajenos al sistema biomédico, en especial porque en Guatemala éste es el único que cuenta con respaldo legal, académico y comercial.

No es explicable el uso de otras disciplinas únicamente con base en la exclusión social y la falta de acceso. De hecho, en algunas ocasiones, otros sistemas pueden ocasionar gastos mayores. Correspondería analizar la eficacia y/o la satisfacción de los usuarios del sistema biomédico, que puede generarse por la forma en que se organiza, sus restricciones, características y prácticas.

Sumado a lo anterior, no se conocen las prácticas poblacionales existentes en toda la población: ¿cuál es su implicación para la salud de la población?, ¿es necesario categorizarlas como inocuas, perjudiciales o beneficiosas?, ¿se ha reconocido el carácter cultural de dichas prácticas? Por otro lado, deberían poder identificarse aquellas prácticas poblacionales que son beneficiosas, pero esto debe hacerse bajo una óptica distinta a la de la biomedicina.

Las prácticas poblacionales, en tanto que tienen un impacto en la población, no deben ser rechazadas a priori, sin antes encontrar su lógica interna y su utilidad.

El análisis de la eficacia y calidad de los sistemas alternativos, aunque es necesario, debería hacerse de una manera pertinente y reconocerse las condiciones que permiten o no que exista una sistematización en cada uno de los subsistemas. Por ejemplo: la medicina maya - debido a la exclusión, persecución y quema de documentos durante la conquista - ha sido transmitida vía oral, lo que ha dificultado la

sistematización de sus conocimientos, a diferencia de la medicina china y otros que sí poseen un corpus de conocimientos registrados. Se debería favorecer la sistematización y permitir la utilización de los recursos efectivos de otros subsistemas conocidos.

Un campo desconocido son las enfermedades crónicas y discapacidad, así como las prácticas poblacionales que se generan con relación a éstas. La mayoría de estos padecimientos son emergentes, por lo que la población ha ido generando prácticas en un lapso corto. La imposibilidad de la biomedicina para ofrecer curas a estas enfermedades contribuye a que la población busque alternativas, con la consecuente posibilidad de prácticas nocivas.

Otro tema es el costo de estas enfermedades, que se vuelve una barrera ideal para que la población decida no hacer nada al respecto de ellas. En este sentido, habría que conocer la forma en que la gente afronta el problema y si es necesario, fomentar prácticas de autocuidado pertinentes.

Una de las preocupaciones más urgentes es la regulación de los subsistemas. Ya que el mismo sistema biomédico ha sido incapaz de autorregularse, ¿podría existir regulación de los otros? Y en ese caso, bajo qué normas y preceptos podrían regularse respetando sus dinámicas internas.

Tendencias del sistema de salud y las prácticas poblacionales en salud

A manera de conclusiones se abordan las tendencias que se consideran básicas para incidir en las prácticas poblacionales de salud en Guatemala.

Equidad en el acceso al sistema de salud

Como ya se explicó, la exclusión social que prevalece en el país a causa de la violencia

estructural, genera inequidad en el sistema de salud. La toma de decisiones y políticas pertinentes que tengan como meta la equidad puede revertir esta situación.

La adopción de políticas de acceso debe completarse con la eliminación de barreras. Se hace necesario el debate nacional acerca de la focalización versus universalización de los servicios, así como sobre las alternativas financieras para el aseguramiento de la salud de la población.

El derecho a la salud

La falta de una posición clara respecto a la manera en que se concibe en Guatemala el derecho a la salud incide en que actualmente, con las políticas vigentes, éste es una suerte de beneficencia estatal para los más pobres. Incluso, el sistema no ha sido efectivo en la regulación ni en la prestación de servicios, por lo que es evidente el derecho a la salud no es tal. Si se analiza además la discriminación, se encuentra que es la población indígena más vulnerable, la que todavía menos garantía tiene de dicho derecho.

Las prácticas poblacionales de salud, igual que las prácticas de los profesionales, están influidas profundamente por la concepción que se tenga de la salud como un derecho y las acciones se ven limitadas cuando la sociedad no la valora como tal.

El derecho a la salud debe incluir, además, la regulación de todos los factores que intervienen para garantizar la protección de la salud de la población (ambiente, comercio de productos nocivos, comercio de productos farmacológicos o de salud, recursos para la atención, servicios de calidad).

Gasto público y gasto privado de bolsillo

Para finalizar, la tendencia a la baja del gasto público en salud refleja un abandono progresi-

vo del sistema, lo que genera un aumento en los gastos de bolsillo.

La ineficiencia en la distribución del gasto público y las inequidades que genera el asumirlo como un gasto privado de bolsillo, cambia las prácticas poblacionales de salud. Por un lado, genera frustración ante las barreras económicas que impiden el acceso a un tratamiento que se pudiera considerar mejor o más efectivo y por el otro, moviliza a la población hacia la búsqueda de tratamientos que, implicando un menor costo, no necesariamente signifiquen lo más apropiado para sus condiciones.

Dichas barreras también modifican las prácticas relacionadas con el cumplimiento de los tratamientos, conducen a la decisión de “no hacer nada”, que implica un hacer diferente y frustrante, no deseado por el individuo, sino motivado por su situación y circunstancias.

Las prácticas de salud de la población, como hemos visto, se ven afectadas intensamente por la presencia de barreras y, en circunstancias como la de Guatemala, aún permanecen.

Las prácticas poblacionales en una visión a futuro

La configuración cambiante del mapa geopolítico incide de manera indirecta en las prácticas poblacionales. Los fenómenos migratorios que generan divisas, también sirven para la adopción de prácticas nuevas en cuidado de la salud, importadas de los lugares hacia donde migran los guatemaltecos.

Por otro lado, los cambios en el perfil epidemiológico han propiciado que más personas necesiten apoyos tecnológicos en el auto-cuidado; una evidencia de esto lo constituye la utilización de medidores caseros de glucosa, que se convierten en parte de las prácticas de auto-cuidado y auto-atención en los pacientes diabéticos.





La popularización y disponibilidad de Internet, permite que la búsqueda de tratamientos se expanda más allá del núcleo familiar y social y que se tomen en cuenta hallazgos de diversos tipos y calidades por parte de las familias. Estos conocimientos muchas veces son usados como herramienta de negociación en la consulta médica, haciendo más horizontal la relación con el terapeuta.

Integrar las prácticas poblacionales. Un reto para el sistema de salud

Todavía existe el pensamiento de que la disponibilidad de servicios de salud tenderá a eliminar las prácticas poblacionales. La evidencia de cientos de años demuestra que en el tema de salud, la población tiende a la acumulación de recursos y que tanto en prevención como en curación, los elementos mágicos y religiosos no se desechan por completo.

La integración de las prácticas poblacionales de manera no utilitaria se convierte en un reto, por cuanto la relación de los sistemas de salud con estas prácticas - a la vez de ambigua - se apoya en los múltiples intentos por erradicarlas o por estimular aquéllas que pueden sustituir la prestación de servicios.

Como ya se dijo, existen experiencias que valoran las prácticas tradicionales como parte de la promoción de la salud, en un contexto en el que existe correspondencia entre la responsabilidad personal y la estatal.

Una experiencia guatemalteca sobre cómo integrar las prácticas poblacionales

La Instancia Nacional de Salud ha realizado, desde 2004, una intervención en dos comunidades: San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango y Sololá, implementando la propuesta "hacia un primer nivel de atención incluyente en salud", delineada en 2002. La experiencia ha sido bien recibida por la población a la que se dirige.

La propuesta promueve la interculturalidad en todas sus fases de implementación y además integra las prácticas poblacionales en el esquema preventivo y curativo. Uno de sus elementos es la coordinación en paralelo con los grupos de terapeutas tradicionales del área, logrando una muy buena experiencia intercultural.

En el área de las prácticas poblacionales, esta intervención acepta los campos de sentido de la población y no rechaza los tratamientos iniciales que se hayan considerado. El camino seguido por el enfermo no es subvalorado, sino que se le considera importante para la negociación de los tratamientos clínicos y para identificar la naturaleza de la enfermedad. Se acepta la existencia de padecimientos culturales y se manejan referencias desde y hacia los terapeutas tradicionales de la región.

La propuesta no persigue la reeducación y cambio de las prácticas poblacionales; antes que eso, usa el mecanismo de la negociación para identificar las barreras que el usuario pueda tener acerca de alguna sugerencia en especial y permite identificar las prácticas de auto-atención ya realizadas. La negociación de los tratamientos o las opciones permite restaurar en el usuario el poder sobre su propio cuerpo y la autonomía de las decisiones, lo que genera menos reservas en cuanto a la utilidad de la recomendación. Más que reeducar, se valora el intercambio educacional, en donde el profesional de la salud, aún el de formación biomédica, acepta los nuevos conocimientos y comparte los propios sin imponerlos.

Las visitas domiciliarias se apoyan en las familias para el diagnóstico. Basado principalmente en la identificación y gestión del riesgo, se listan 53 riesgos entre los cuales se incluyen 8 que se relacionan con la auto-atención, lo que permite su incorporación y en cierta forma su utilización.

En la práctica de la comunidad se incorporan la mayor parte de sus valores, incluido el apoderamiento del espacio curativo, que ya no se identifica como ajeno, sino que es respetado y utilizado como referencia y complemento de lo que ya se ejecutó en la casa.

Los animadores de salud demuestran nuevas formas de atención, pero no sin valorar las prácticas correctas usadas en la casa.

La interculturalidad y el respeto hacia las prácticas ya realizadas son visibles desde el inicio de la consulta, así como en el componente de negociación, lo que permite una relación más horizontal entre el profesional y el usuario.

En resumen, la experiencia de la INS permite el reconocimiento de las prácticas poblacionales y su revaloración para usos concretos en poblaciones específicas.

Es imposible pensar en la desaparición de las prácticas poblacionales sin embargo, sí es necesario integrarlas para mejorar la atención a los grupos sociales.

Cuadro No. 1

Mapa conceptual de la propuesta “hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”

⁵⁷ La concepción incluyente de salud plantea que la salud-enfermedad es de carácter procesal (no estático) y de naturaleza multidimensional (factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, energéticos, etc; que influyen en la salud de personas y colectividades). Para una ampliación de esta definición ver: INS. Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente. Bases y Lineamientos. Guatemala (2001).

⁵⁸ Ibid.

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Tipo de Estado	Estado social que garantiza el derecho a la salud con perspectiva de género y pertinencia intercultural como condición necesaria para reducir las inequidades y barreras de acceso a los servicios públicos de salud.
Concepción de salud	Concepción incluyente ⁵⁷ de salud a través de la cual se define e implementa un Primer Nivel de Atención que abarca las acciones institucionales y comunitarias desde los diferentes modelos de atención (biomédico, maya popular y el modelo de auto-atención), presentes en las comunidades y que forman parte de las prácticas poblacionales en salud.
Epidemiología	Epidemiología socio-cultural. Basada en prioridades nacionales pero ampliada hacia otros riesgos/morbilidades desde una visión sociocultural y de perfiles de salud locales.
Pertinencia intercultural en salud	“Concepción amplia que plantea la adecuación progresiva de las intervenciones sanitarias a la cultura local con perspectiva a desarrollar un proceso de complementación, articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas en salud que existan tanto en el ámbito institucional como en el comunitario” ⁵⁸ . Todo ello, a partir de una estrategia operativa con protocolos e instrumentos. (Ver cuadro siguiente)
Perspectiva de género	Parte del reconocimiento de la diversidad de géneros y de la existencia de mujeres y hombres. Rompe con la noción que restringe la salud de las mujeres al campo reproductivo y propone una concepción amplia de su salud integral (por ciclos de vida y problemas no reproductivos), además de incluir la atención de la salud de los hombres.
Diseño programático	Tres programas que integran toda la normativa del Ministerio de Salud y además incorporan otros elementos en la búsqueda de la atención integral e incluyente: -Programa Individual -Programa Familiar -Programa Comunitario.
Contenido de la atención integral e incluyente	Integralidad de la atención: acciones curativas, preventivas y de promoción de la salud dirigidas a los diferentes ciclos de vida y sexo. Atención continua (de lunes a viernes), protocolizada y brindada en el idioma local, sin barreras de acceso a la población que no pertenece al área de cobertura.
Recursos humanos e infraestructura para la atención en salud	1) Equipo comunitario de Salud (ECOS) de 2 a 4 agentes de salud comunitaria (ASC): personal institucional local que comparte algunas de las lógicas y prácticas de salud locales (de la comunidad o al menos del municipio), brinda atención continua en el idioma local, cubriendo a un sector de la población que forma parte de una jurisdicción. Infraestructura: Casa de Salud Comunitaria equipada, con medicamentos. 2) EAPAS Equipo de Apoyo a la Atención en Salud - Médico/a - Enfermera - Animador/a psicosocial - Animador/a comunitario (Supervisan, evalúan, atienden referencias, brindan formación continua, cubren varios sectores = jurisdicción)



1. Planteamiento teórico-metodológico

A partir de la noción de concepción incluyente, se estableció el tipo de relación entre el ámbito institucional y comunitario, la cual se operativiza en el concepto denominado coordinación en paralelo: (coordinados pero no integrados en los mismos servicios). La coordinación en paralelo comprende:

- Conocimiento-comprensión de diferentes modelos de salud
- Atención intercultural individual, familiar y conjunto sociocultural⁵⁹
- Vigilancia en salud para la identificación de perfiles epidemiológicos socio culturales
- Referencia-contrarreferencia (terapeutas de modelo de salud maya-popular)
- Intercambio horizontal de conocimientos y prácticas en salud
- Apoyo a la organización de cuidadores y terapeutas de salud maya-populares

Atención intercultural individual, familiar y conjunto sociocultural
Atención individual
Guías de abordaje para la atención clínica individual que incluyen:

1. Indagar y registrar en la ficha clínica el motivo de consulta, auto-diagnóstico, los remedios recibidos y los caminos de las personas (modelos explicativos) en relación con sus problemas de salud, como un paso para la comprensión e insumo para el diagnóstico, la negociación del tratamiento y el intercambio educacional con pertinencia cultural.
2. Terapéutica que contempla el manejo intercultural mediante la oferta de opciones de tratamientos naturales, exclusivas o complementarias, para ser negociadas con las personas consultantes de acuerdo a sus lógicas socioculturales.
3. Trabajo con huertos de plantas medicinas en las Casas de Salud Comunitaria.
4. Contenidos de los intercambios educacionales adecuados culturalmente. Por ejemplo: Guía rápida de alimentos más encontrados en la dieta de la población y su relación con el equilibrio frío-caliente.⁶⁰
5. Sistema de referencias a terapeutas maya-populares cuando se identifican criterios de enfermedad maya popular sospechosa o probable, según normas y protocolos de vigilancia en salud sociocultural.

Atención familiar
1. Visita familiar integral e incluyente con vigilancia sistemática de riesgos

Cada unidad familiar es visitada al menos una vez al año para un abordaje integral e incluyente que contempla la vigilancia sistemática, identificación e intervención preventiva sobre 53 riesgos, de los cuales 8 están ligados a la auto-atención (y por ende a las prácticas poblacionales).

2. Planes de emergencia familiar en familias con mujeres embarazadas

Se implementan en el 100% de las familias con mujeres embarazadas que acuden a su control.

Para la activación de los planes, se identifica a las personas de la familia que participan en las decisiones (las cuales son parte importante de la auto-atención) y se dialoga con ellas/os para asegurar su consentimiento previo a que acontezca la emergencia.

Vigilancia en salud
1. Implementación de protocolos de vigilancia en salud sociocultural

- Se tiene normada la vigilancia de 6 enfermedades maya populares, seleccionadas por su alta prevalencia o letalidad en las áreas de cobertura del proyecto. Uno de los criterios de probabilidad de dichas enfermedades es "mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes como tal, y registrado en la ficha clínica en auto-diagnóstico o en la ficha familiar". El padecimiento es referido con su denominación en el idioma local.
- Registro en el sistema de información - automatizado y manual - de todos los datos relacionados con el motivo de consulta, auto-diagnóstico, remedios recibidos y personas que apoyaron, así como de las enfermedades maya populares seleccionadas, debidamente codificadas.

2. Instrumentos de investigación de muerte materna e infantil

Toda muerte es investigada conforme a las normas nacionales. Adicionalmente, en el instrumento de investigación se integraron preguntas que permiten recopilar información de lo que piensan las personas tales como: ¿Usted y/o la familia de qué piensan que murió?, ¿Acudieron con algún/a terapeuta maya popular? ¿Qué tratamiento aconsejó el/la terapeuta?



Bibliografía



- Acevedo J. (1986). Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatanes, Huehuetenango. Guatemala: Tesis Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala. p68-99.
- Adams W. (2004). Alcohol production and consumption in a highland Guatemalan Maya community. (Noviembre). <http://www.medanthro.net/research/adsg/newsletter/adams.pdf>.
- Alarcón A. y Vidal A. (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México* 47 (6): 440-446.

⁵⁹ Conjunto sociocultural es la categoría epidemiológica que se ha propuesto para trabajar operativamente en el ámbito comunitario, partiendo de la hipótesis de que en las poblaciones pueden existir diferentes grupos o unidades familiares que comparten ciertas lógicas que se caracterizan por procesos de salud-enfermedad y acciones-formas organizadas de atención en salud específicas para cada uno de ellos. ver: INS. Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente. Bases y Lineamientos. Guatemala (2001)

Actualmente la experiencia piloto está iniciando la identificación de dichos grupos.

⁶⁰ CE/MMN/CORDAID/C. MAXEÑA/IDEI: Proyecto de Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de Primer Nivel en Tres Distritos con Carácter Piloto. Guías de Abordaje de la Atención a Personas mayores de 5 años, por los Agentes de Salud Comunitaria en las Casas de Salud Comunitaria. Mayo (2006)

- Alarcón J. y Andrino F. (1991). Diferencias urbano-rurales en la ingesta de alimentos de familias pobres de Guatemala. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 39 (3): 327-335.
- Allen y Levine (1971). Social support and conformity: the role of independent assessment of reality. *Journal of experimental Social Psychology* 7 (1): 48-58.
- Anckermann S., Domínguez M., Soto N., Kjaerulf F. y cols. (2005). Psycho-social support to large numbers of traumatized people in post-conflict societies: an approach to community development in Guatemala. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 15 (2): 136-152.
- Anderson L., Scrimshaw S., Fullilove M., Fielding J., Normand J. y Task Force on Community Preventive Services. (2003) Culturally competent healthcare systems, a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 24 (3S): 68-79.
- Anderson R. (1996). Magic, science, and health: the aims and achievements of medical anthropology. Forth Worth (TX): Harcourt Brace & Company. 454p
- Andrich, D. y I.M Styles (1998). The structural relationship between attitude and behavior statements from the unfolding perspective. *Psychological Methods* 3 (4): 454-469.





- Angell M. (2004). *The truth about the drug companies*. Nueva York: Random House. 305p.
- Baer H. (2001). *Biomedicina and alternative healing systems in America: issues of class, race, ethnicity, & gender*. Madison (Wisconsin): The University of Wisconsin Press. 222p.
- Baer H., Singer M. y Susser I. (1997). *Medical anthropology and the world system*. Westport (Connecticut): Bergin & Garvey. 276p.
- Baer R. y cols. (2004). A comparison of community and physician explanatory models of AIDS in Mexico and the United States. *Medical Anthropology Quarterly* 18 (1): 3-22.
- Barfield T. (1997). *The dictionary of anthropology*. Oxford (Reino Unido): Blackwell. 626p.
- Barnoya J. y Glantz S. (2002). Knowledge and use of tobacco among Guatemalan physicians. *Cancer Causes & Control* 13 (9): 879-881.
- Barrera A (2006). *Historias de vida. Relatos breves de la forma en que la enfermedad es tratada en diversos hogares guatemaltecos (versión preliminar)*. Guatemala: no publicado.
- Belloc N. (1973). Relationship of health practices to mortality. *Preventive Medicine* 2 (1): 67-81.
- Berry N. (2006). Kaqchikel midwives, home births, and emergency obstetric referrals in Guatemala: contextualizing the choice to stay at home. *Social Science & Medicine* 62: 1958-1969.
- Bibeau G. (1997). At work in the fields of Public Health: the abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly* 11 (2): 246-252.
- Blake, Helson y Moutun (1957). The generality of conformity behavior as a function of factual anchorage, difficulty of task and amount of social pressure. *Journal of Personality* 25 (3): 294-305.
- Bonnewitz P. (2003). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión. 128p.
- Bourdieu P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Traducción de Richard Nice. Cambridge (NY): Cambridge University Press. 248p.
- _____. (1985a). The social space and the genesis of groups. *Theory and Society* 14 (6): 723-744.
- _____. (1985b). The genesis of the concepts of Habitus and of Field. *Sociocriticism: theories and perspectives* II (2): 11-24.
- _____. (1994). *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama. 1997. Citado en: Bonnewitz P (2003). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión. 128p.
- Car G., Eder K. y García M. (2005). *La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena Maya*. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. 194p.
- CDC (2003a). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Guatemala, Guatemala City. Fact sheet. Disponible a través de www.cdc.gov.
- _____. (2003b). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Guatemala, Chimaltenango. Fact sheet. Disponible a través de www.cdc.gov.
- Cerón A. (2006). *Patrones de auto-atención en salud y su relación con la diferenciación social en una comunidad K'iche'*. Tesis Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala. 214p.
- Cohen E. y Goode T. (1999), revisado por Goode T. y Dunne C. (2003). Policy brief 1: Rationale for cultural competence in primary care. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 12p.
- Comaroff J. (1982). *Medicine, symbol and ideology*. En: Wright P y Treacher A (eds). *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*. Edinburgh: University of Edinburgh Press. p 49-68.
- Conner M. y Norman P. (1996). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Buckingham (PA): Open University Press. 230p.
- Cummins M., Becker M. y Maile M. (1980). Bringing models together: an empirical approach to combining variables used to explain health actions. *Journal of Behavioral Medicine* 3 (1): 123-145.
- De Ventura C., Mendoza I., Sáenz E. y Solomons N. (1997). Disponibilidad y consumo de alimentos procesados potencialmente fortificables en comunidades rurales guatemaltecas. En: *Resúmenes de los trabajos libres presentados en el XI Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición "Dr. Abraham Horwitz" y XI Congreso Centroamericano de nutricionistas y dietistas*. Guatemala: INCAP
- Debacher D. (1979). *Cognitive models and health*

- decision making. *Medical Anthropology Newsletter* 10 (2): 10-17.
- Devine, PG. (1989). Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology* 56 (1): 5-18.
- _____. Monteith, MJ. Zowerink, JR. y AJ. Elliot (1991). Prejudice with and without compunction. *Journal of Personality and Social Psychology* 60 (6): 817-830.
- Dewey K, Romero-Abal M, Quan J y cols. (1997). Effects of discontinuing coffee intake on iron status of Guatemalan toddlers: a randomized intervention study. *American Journal of Clinical Nutrition* 66: 168-176.
- Díaz J., Delva J. y Anthony J. (1998). Encuesta nacional DUSI en población adolescente del nivel básico y diversificado de educación, sector público. Guatemala: Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico de Drogas, Johns Hopkins University.
- Eagly, AH. (1992). Uneven progress: social psychology and the study of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology* 63 (5): 693-710.
- Eder K., Car G. (2004). Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala: expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqchi'. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. 90p.
- _____, García M (2002). Modelo de la medicina indígena Maya en Guatemala. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. 120p.
- Emirbayer M. y Mische A. (1998). What is agency? *American Journal of Sociology* 103 (4): 962-1023.
- Emmison M. y Frow J. (1998). Information technology as cultural capital. *Australian Universities Review* 1: 41-45. Citado en Wikipedia
- Farmer P. (2005). *Pathologies of power*. Berkeley (CA): University of California Press. 402p.
- Flores W. (2006). Los elementos fundamentales del sistema de salud de Guatemala, dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño (borrador para discusión). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Proyecto "La construcción social del futuro de la salud en Guatemala". No publicado.
- Fort M. (2006). Listado de enfermedades socioculturales seleccionadas para ser codificadas en el registro diario de consulta. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación. Comunicación personal el 28 de abril de 2006. citado con autorización de la autora.
- Foster G. (1987) On the origin of humoral medicine in Latin America. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1 (4): 355-393.
- Fox R. (2005). Cultural competence and the culture of medicine. *New England Journal of Medicine* 353 (13). (www.nejm.org September 29, 2005).
- Freyermuth G. (1993). Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. Chiapas: Talleres gráficos del Estado. 189p.
- Gamero H., Arita M., Bulux J. y Solomons N. (1996). Patrón dietético e ingesta de nutrientes de niños pre-escolares de tres aldeas rurales del departamento de Santa Rosa, Guatemala. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 46 (1): 22-26.
- Garrand-Burnett (2000). Indians are drunks and drunks are Indians: alcohol and indigenismo in Guatemala, 1890-1940. *Bulletin of Latin American Research* 19: 341-356.
- Garro L. (1998a). On the rationality of decision-making studies: part 1: decision models of treatment choice. *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 12 (3): 319-340.
- Garro L. (1998b). On the rationality of decision-making studies: part 2: divergent rationalities. *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 12 (3): 341-355.
- Glei D, Goldman N. y Rodríguez G. (2003). Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: does obstetrical need matter?. *Social Science & Medicine* 57: 2447-2463.
- Glenn J. y Gordon T. (2006). Situación del futuro 2006, resumen ejecutivo. Millenium Project del Consejo Americano para la Universidad de las Naciones Unidas. 9p.
- Goldman N. y Gley D. (2003) Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala. *Social Science and Medicine* 56 (4): 685-700.





- _____. y Heuveline P. (2000) Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala. *Tropical Medicine & International Health* 5 (2): 145-155.
- _____., Gleit D., Pebley A. y Delgado H. (2001). Atención prenatal en Guatemala rural: resultados de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
- _____., Pebley A. y Beckett M. (2001). Diffusion of ideas about personal hygiene and contamination in poor countries: evidence from Guatemala. *Social Science and Medicine* 52 (1): 53-69.
- _____., Pebley A. y Gagnolati M. (2002). Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala. *Social Science and Medicine* 55 (10): 1693-1712.
- _____., Pebley R. y Gagnolati M. (2000) Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala. University of California (LA), California Center for Population Research Online Working Paper Series CCPR-006-00
- Good B. (1994). Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica. (1ª edición en castellano (2003), traducción de Víctor Pozanco). Barcelona: Bellaterra. 375p.
- Goode T. (2003). Policy brief 4: Engaging communities to realize the vision of one hundred percent access and zero health disparities: a culturally competent approach. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 10p.
- _____. y Harrison S. (2003). Policy brief 3: Cultural competence in primary health care: partnerships for a research agenda. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 8p.
- Gagnolati M. y Marini A. (2002). Health and poverty in Guatemala Guatemala: World Bank-Guatemala Poverty Assessment Program-Technical paper No.5. 66p.
- Gutiérrez E. y Ávalos E. (2006). Guatemala 1985-2015, análisis de tendencias y prospectiva. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Proyecto "La construcción social del futuro de la salud en Guatemala". No publicado.
- Hahn R. y Kleinman A. (1983). Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* 12: 305-333.
- Han G-S. (2002). The myth of medical pluralism: A Critical Realist Perspective. *Sociological Research Online* [Internet] [Acceso 15 diciembre 2006] 6 (4). Disponible en: <http://www.socresonline.org.uk/6/4/han.html>.
- Haro J. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E y Comelles J. Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra. p 101-161.
- Harrison S. y Saul . (1981). Cuesta arriba, o la autoasistencia en Bangladesh. *Foro Mundial de la Salud*. 2 (3): 407-415.
- Harvey TS. (2003). K'iche' expressions of wellness and illness in disputed fields of care: a comparative analysis of Maya intra-cultural therapeutic and cross-cultural biomedical care. (Dissertation) University of Virginia, Department of Anthropology.
- Hausmann-Muela S., Muela J. y Nyamongo I. (2003). Health-seeking behaviour and the health system response. DCPD Working Paper No. 14. 37p. (www.dcp2.org/direct) 23 enero 2007.
- Hawe P. y Shiell A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine* 51: 871-885.
- Henne M. (sin año). La comida Quiché: su estructura cognitiva, en Chichicastenango, Guatemala. En: Estudios del Sur de Mesoamérica. Texas: Instituto Lingüístico de Verano.
- Hernández L y Foster G. (2001). Curers and their cures in colonial New Spain and Guatemala. The Spanish component. En: Huber B y Sandstrom A (eds.). Mesoamerican healers. Austin (TX): University of Texas Press. 19-46.
- Hinojosa S. (2004). Authorizing tradition: vectors of contention in highland Maya midwifery. *Social Science & Medicine* 59 : 637-651.
- Hunt L. y Arar N. (2001). An analytical framework for contrasting patient and provider views of the

- process of chronic disease management. *Medical Anthropology Quarterly* 15 (3): 347-367.
- Ibañez A., Lindert K. y Woolcock M. (2002). Social capital in Guatemala: a mixed methods analysis. Guatemala: World Bank-Guatemala Poverty Assessment Program-Technical paper No.12. 65p.
- Joralemon D. (2006). Exploring medical anthropology (2a ed.). Boston (MA): Pearson. 164p.
- Kleinman A. (1980). Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley (CA): University of California Press. 427p.
- Kleinman A. (1995). Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine. Berkeley (CA): University of California Press. 314p.
- Kraus, SJ. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: a meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin* 21 (1): 58-75.
- Kroeger A. (1983). Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social Science and Medicine* 17 (3): 147-161.
- Langer, EJ, Bashner, RS y B. Chanowitz (1985). Decreasing prejudice by increasing discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology* 49 (1): 113-120.
- Levin L. (1981). La autoasistencia de salud: posibilidades y escollos que presenta. *Foro Mundial de la Salud*. 2 (2): 220-235.
- Lock M. y Scheper-Hughes N. (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. En: Sargent C y Johnson T (eds). *Medical anthropology* (2a ed.). Westport (CT) : Greenwood. p 47-72.
- López J. y Metz B. (2002). Primero Dios. Etnografía y cambio social entre los Mayas Ch'orti's del Oriente de Guatemala. Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales. 279p.
- López S. (1984). Las clases sociales en Guatemala. Guatemala: Editorial Universitaria (1a reimpresión 2000). 62p
- MacKian S. (2003). A review of health seeking behaviour: problems and prospects. Manchester (Reino Unido): University of Manchester, Health Systems Development Programme. 27p. http://www.hsd.lshtm.ac.uk/publications/hsd_working_papers/05-03_health_seeking_behaviour.pdf (acceso: agosto 2006).
- MacKian S. Bedri N. y Novel H. (2004). Up the garden and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health Policy and Planning* 19 (3): 137-146.
- Maio y Olson (1998). Values as truism: evidence and implications. *Journal of Personality and Social Psychology* 74 (2): 294-311.
- Martorell R., Flores R. y Hickey M. (2002). Stunting in Guatemala: analices of change over 15 years. Atlanta (GA): Department of International Health, Rollins School of Public Health, Emory University. Agricultural Policy Development Project. Research Report No. 8.
- Mather C. (2005). The pipeline and the porcupine: alternate metaphors of the physician-industry relationship. *Social Science & Medicine* 60: 1323-1334.
- McIlwaine C. y Moser C. (2004). Drugs, alcohol and community tolerance: an urban ethnography from Colombia and Guatemala. *Environment and Urbanization* 16: 49-62.
- McLeroy K y cols. (1993). Social science theory in health education: time for a new model? *Health Education Research* 8 (3): 305-312.
- Mechanic D. (1979). Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects. *Journal of Health and Social Behavior* 20 (4): 387-396.
- Méndez Domínguez A. (1983). Illness and medical theory among Guatemalan Indians. Kendall C, Hawkins J. y Bossen Laurel (eds.). *Heritage of conquest, thirty years later*. Albuquerque (NM): University of New Mexico Press. p267-298.
- Méndez Domínguez A. (1997). Clases sociales Asociación de amigos del país. *Historia General de Guatemala*. Guatemala: Fundación para la cultura y el desarrollo vol. V (época contemporánea de 1944 a la actualidad). p223-233.
- Menéndez E. (1984). Hacia una práctica médica alternativa. México D.F.: Centro de Investiga-





- ciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No. 86. 124p.
- Menéndez E. (1990). Antropología médica : orientaciones, desigualdades y transacciones. México D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No. 179. 255p.
- Menéndez E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Barcelona: Mimeografiado. 13p.
- Mills A. y Ranson M. (2001). The design of health systems. En: Merson M. y Black R. (eds.). International public health. Gaithersburg (MD): Aspen. p515-557.
- Milton J. y Wiseman R. (1999). Does psi exist? Lack of replication o fan anomalous process of information transfer. Psychological Bulletin 125 (4): 387-391.
- Montaño F. (1997). Los grupos anónimos de ayuda mutua y su original método terapéutico entre pares: reflexiones a partir del modelo originado en Alcohólicos Anónimos. Tesis Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. <http://www.ayudamutua.org/articulos/> (enero 2007).
- Montaño F. (2004). Grupos de auto-ayuda: una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua. Tesis Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. <http://www.ayudamutua.org/articulos/> (enero 2007).
- Montijo J. y Gottsbacher M. (2003). Acercamiento cultural para la prevención y atención del VIH/SIDA en Centroamérica. Documento base para la preparación del "Taller subregional en Centroamérica sobre Información, Comunicación y Educación culturalmente apropiada para el cambio de conductas, Guatemala 2003. Borrador. Guatemala: UNESCO.m 63p.
- Morris C. y Maisto A. (2005). Psicología. 12 ed. (Traducción al castellano por María Elena Ortiz Salinas). México D.F: Pearson. 691p.
- Mosquera, M.T. (2006). Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 314p.
- _____, M.T. (2001). Conociendo la sabiduría Achí: salud y enfermedad en Rabinal. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 205p.
- _____, M.T. (2004). Algunas observaciones para el uso del término medicina Maya. Revista del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Panamericana 1 (1): 12-19.
- _____, M.T. y Kolstrup N. (2006). La comunicación entre paciente y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 176p.
- MSPAS (2003). Prevalencia de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión y factores de riesgo asociados) en el municipio de Villa Nueva, Guatemala. Resultados preliminares. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 3p.
- Murrelle L., Shannon J., Rivera I., Valenzuela J. y cols. (2003). The 2002 national study on psychological dysregulation and its relationship with drug use in Guatemalan adolescents. Guatemala: Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico de Drogas.
- Nash, D. (1981). Qué piensan los médicos de los curanderos tradicionales, y viceversa. Foro Mundial de la Salud. 2 (3): 473-477.
- Navarro V. (1988). Professional dominance or proletarianization?, neither. The Milbank Quarterly 66 (2): 57-75.
- NCCC (2003). Policy brief 2: Linguistic competence in primary health care delivery systems: implications for policy makers. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 6p.
- NCCC (2006). Cultural and linguistic competence policy assessment. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 18p.
- Núñez C, Fernández V y Aguilar S (2001). Exclusión

- social y VIH-SIDA en Guatemala. Guatemala: PNUD, Cuadernos de Desarrollo Humano No. 2001-10. 34p.
- OPS (2003). Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: "logros y desafíos en la región de las Américas". Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. 28p.
- _____. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000; mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 230p.
- _____. (1992). Tobacco or health: status in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization. Scientific publication No. 536. Citado en: Sakhuja R y Barnoya J (2001). Perceptions and prevalence of smoking among people in the highlands of Guatemala. *Cancer Causes and Control* 12: 479-481.
- Palma D. (2001). Así somos y así vivimos: los Ch'ort'. Guatemala: Universidad Rafael Landívar-IDIES. 190p.
- Palmlund I. (2006). Loyalties in clinical research on drugs: the case of hormone replacement therapy. *Social Science & Medicine* 63: 540-551.
- Parsons T. (1951). The social system. Glencoe (IL): The free press. Citado en: Anderson R (1996). Magic, science, and health: the aims and achievements of medical anthropology. Forth Worth (TX): Harcourt Brace & Company. 454p
- PASMO (2004). Estudio multinacional 2003-2004. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH, uso del condón y otros temas de salud sexual. Guatemala: PSI, USAID, ESA. 51p.
- Payer L. (1988). Medicine and culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France. New York: Holt. 204p.
- Pebley A., Goldman N. y Robles A. (2005). Isolation, integration, and ethnic boundaries in rural Guatemala. *The Sociological Quarterly* 46: 213-236.
- Pebley A., Goldman N. y Rodríguez G. (1996). Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter? *Demography* 33 (2): 231-247.
- Pebley A., Hurtado E. y Goldman N. (1999). Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science* 31 (2): 195-219.
- Pérez A. (2005). Análisis preliminar de las enfermedades socioculturales identificadas en la base de datos del Proyecto Implementación en la Boca-costa de Sololá. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación (inédito). Citado con autorización de la autora.
- Pinzón Z., Soto R. y Aguilar S. (2003a). Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala. Guatemala: MSPAS, OASIS, ASI. 41p.
- Pinzón Z., Soto R. y Aguilar S. (2003b). Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en trabajadoras comerciales del sexo en Guatemala. Guatemala: MSPAS, OASIS, ASI. 41p.
- Pizza G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social* 14: 15-32.
- PNUD (2005). Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano: la ciudadanía en un Estado plural: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 450p.
- Portes A. y Hoffman K. (2003). Latin American class structures: their composition and change during the neoliberal era. *Latin American Research Review* 38 (1): 41-82.
- Portes A. y Landolt P. (1996). The downside of social capital. *The American Prospect* 7 (26): 18-21
- Purnell L. (1998). Purnell's model for cultural competence. En: Purnell L y Paulanka B (eds.). *Trans-cultural health care: a culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis. p7-51.
- Rhodes L. (1996). Studying biomedicine as a cultural system. En: Sargent C y Johnson T (eds). *Medical anthropology* (2a ed.). Westport (CT) : Greenwood. p 165-182.
- Robins R., Gosling S. y Crack K. (1999). An empirical análisis of trends in psychology. *American Psychologist* 54 (2): 117-128.
- Rodríguez M., Mayorga R., Álvarez S. y García A.





- (2000). Caracterización de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la ciudad de Guatemala. Guatemala: OASIS. 53p.
- Rubio M. (1997). Perverse social capital: some evidence from Colombia. *Journal of Economic Issues* 31 (3): 805-816.
- Ryan G. (1995). Medical decision making among the Kom of Cameroon: modeling how characteristics of illnesses, patients, caretakers, and compounds affect treatment choice in a rural community. Dissertation presented to the Graduate School of the University of Florida in Partial Fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. Obtenido de <http://www.missouri.edu/~anthgr/papers/paperson.htm>. Accesado el 10 de abril de 2006. citado con autorización del autor.
- Sáenz de Tejada E. y Calderón E. (1997). Conductas de atención en salud infantil entre mujeres Mayas en Guatemala. Guatemala: BASICS-USAID. 43p + anexos.
- Sáenz E. (sin año) Descripción analítica de los patrones alimentarios en Mesoamérica desde los tiempos prehistóricos hasta el presente, con especial atención a la tríada. Tesis (Licenciatura en Antropología). Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala. 230p.
- Sakhuja R. y Barnoya J. (2001). Perceptions and prevalence of smoking among people in the highlands of Guatemala. *Cancer Causes and Control* 12: 479-481.
- Salimbene S. (2001). CLAS A-Z: A practical guide for implementing the National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in health care. EEUU: Inter-Face International. 115p.
- Salinas T. (sin año). Violencia intrafamiliar y consumo de drogas. Bolivia: COPRE. 11p.
- Scrimshaw S. (2001). Culture, behavior, and health. En: Merson M. y Black R. (eds.). *International public health*. Gaithersburg (MD): Aspen. p 53-78.
- Sepilli T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En: Perdiguerio E y Comelles J. *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra. p 33-44.
- Sheeran P. y Abraham C. (1996). The health belief model. En: Conner M y Norman P (1996). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Buckingham (PA): Open University Press. 230p.
- Shepherd M. y cols. (1999). Continuum of professional involvement in self-help groups. *Journal of Community Psychology* 27 (1): 39-53.
- Singer M. y Baer H. (1995). *Critical medical anthropology*. Amityville (NY): Baywood. 406p.
- Snyder M. y ED Tanke (1976). Behavior and attitude: some people are more consistent than others. *Journal of Personality* 44 (): 501-517.
- Solomons N., Bulux J., Mendoza I., Sáenz E., de Ventura C. y Romero-Abal M. (1998). Extent of penetration and diversity of prepared, commercial foods to remote, rural areas of Guatemala: implications for micronutrient nutrition. CeSSIAM (inédito). Archivo de CeSSIAM-256.
- Stein A., Gregory C., Hoddinott J., Martorell R. y cols. (2005). Physical activity level, dietary habits, and alcohol and tobacco use among young Guatemalan adults. *Food and Nutrition Bulletin* 26 (2 Suppl. 1): S78-S87.
- Stein H. (1990). *American medicine as culture*. Boulder (CO): Westview Press. 281p.
- Stoner B. (1985). Formal Modeling of Health Care Decisions: Some Applications and Limitations. *Medical Anthropology Quarterly* 16 (2): 41-46.
- Store L. y Ertel S. (2001). Does Psi exist? Comments on Milton and Wiseman's (1999) meta-analysis of Ganzfeld research. *Psychological Bulletin* 127 (3): 424-433.
- Strong K. y Bonita R. (2003). The SuRF Report 1. Surveillance of Risk Factors related to Noncommunicable Diseases: current status of global data. Geneva: World Health Organization. 42p.
- Torun B., Stein A., Schroeder D., Grajeda R. y cols. (sin año). Rural-to-urban migration and cardiovascular disease risk factors in young Guatemalan adults. *International Journal of Epidemiology* 31: 218-226.
- Tzul A., Kestler E., Hernández B. y Hernández C. (2006). Mortalidad materna en Guatemala:

- diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria. *Salud Pública de México* 48 (3), versión en línea a través de Cielo, 14 enero 2006.
- UNESCO y UNAIDS (2002). A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care. Summary of country assessments, an international overview. UNESCO, Studies and Reports, Special Series, Issue No. 10. 93p.
- Valdes-Ramos R., Cervantes I., Mendoza-Perdomo I., Anderson A. y Solomons N. (2006). Concordance of diets and eating practices in a rural Guatemalan setting with the cancer prevention recommendations of the World Cancer Research Fund: estimates from existing dietary intake. *Asia Pacific Journal of Clinic Nutrition* 15 (2): 259-266.
- Valdés-Ramos R., Mendoza I. y Solomons N. (2001). Concordance of dietary intake with the "Dietary Guidelines for Americans" among adults in rural "Santa Rosa" province, Guatemala. *Nutrition Research* 21: 81-91.
- Verdugo J., Miranda J., Albizu J., Morales L. y Hernández L. (2002). Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, bases y lineamientos. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 196p.
- Wakefield S. y Poland B. (2005). Family, friend of foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine* 60: 2819-2832.
- Woloshin S. y cols. (1995). Language barriers in medicine in the United States. *Journal of the American Medical Association* 273: 724-728.
- Yoc A. (2006). Caracterización de Género de dos comunidades de la Bocacosta de Sololá y San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación (inédito). 182p
- Young J. y Garro L. (1982). Variation in the choice of treatment in two Mexican communities. *Social Science and Medicine* 16 (16): 1453-1465.

